ROK V WARSZAWA 1931 MARZEC ZESZYT III

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. KOWALEWSKI (Bełchatów).

KOKLUSZ[1])

(Tussis, Tussis convulsiva).

(W jakich okolicznościach występuje koklusz sporadycznie i epidemicznie).

Wyżej podana choroba występuje bardzo często sporadycznie i epidemicznie i jest z łatwością rozpoznawana nie tylko przez lekarza lecz ogół społeczeństwa również dobrze z nią jest obeznany. Wobec więc tego, że choroba jest znana, przeto nie będą rozpisywał się o klinicznym przebiegu kokluszu, lecz poruszę w jakich okolicznościach koklusz występuje epidemicznie i sporadycznie.

W niniejszej pracy podzielę się z czytelnikami mojemi spostrzeżeniami i zapatrywaniami, oraz wnioskami co do powstawania kokluszu, który przebyły moje dzieci wobec czego dały mi, że tak powiem, impuls do zastanowienia się nad przyczyną, od której zależne jest występowanie kokluszu u dzieci tak sporadycznie jak i epidemicznie.

Rozwój wiedzy lekarskiej w latach ostatnich wskutek badań biochemicznych i fizykalnych znajduje się w okresie przejściowym, a raczej przełomowym.

Zwłaszcza nauka o zakażeniach, pozostająca pod przemożnym wpływem bakterjologji, tak płodnym w skutki z punktu widzenia zapobiegania i leczenia tych cierpień w świetle badań fizykochemicznych i energetycznych uległa dalekoidącym przemianom. Jesteśmy świadkami zjawiska, powtarzającego się zresztą dość często w dziejach myśli ludzkiej, mianowicie powrotu do

[1]) Redakcja umieszcza artykuł d-ra Kowalewskiego ze względu na oryginalne ujęcie sprawy i próbę oparcia etjologji choroby infekcyjnej na szerszych, biologicznych podstawach, zastrzega się jednak, że nie solidaryzuje się bynajmniej ze wszystkimi poglądami, zawartymi w pracy.

oddawna zarzuconych pojęć, dotąd uważanych za nieuzasadnione i naiwne, które dzięki nowszym metodom badania, stopniowo odzyskują dawne swe znaczenie w tłomaczeniu całego szeregu zagadnień.

W pojęciu bakterjologji klasycznej, zapoczątkowanej tak świetnie przez *Henlle'go* i *Koch'a*, jedyną przyczyną, wywołującą zakażenie było wtargnięcie do ustroju zarazka. Inne czynniki jak klimat, pora roku, ciepłota, mróz, oraz jakikolwiek, ogólny stan ustroju, stan psychiczny i nerwowy nie odgrywały żadnej roli.

Dzisiaj wiemy, iż warunki powstania zakażenia są niesłychanie zawiłe i bynajmniej nie zaczynają się i nie kończą na obecności w ustroju zarazka. Stanowią one splot różnorodnych czynników, wśród których zarazek odgrywa często drugorzędną rolę. Naprzykład w marcu w Niemczech w Instytucie Kocha w stajni zakładu wśród zwierząt pracownianych pod wpływem nawrotu zimna wybuchła epidemja grypy i duru brzusznego, ze znaczną śmiertelnością. Badania wykazały, iż zarazek był obecny u wszystkich zwierząt, to znaczy zarazek grypy i duru brzusznego był obecny u zwierząt, które przechodziły chorobę, przedstawiając wyraźny obraz kliniczny i był obecny także u zwierząt, które były jakoby zdrowe i sprawiały wrażenie zwierząt prawidłowych.

Jeżeli chodzi o powstanie kokluszu, to wiemy, iż inkubacja czyli okres wylęgania prątków *Bordeta-Gengou* następuje mniej więcej od 4 do 6 dni po czasie „zarażenia się“. Prątki te w zależności od przebiegu choroby są obecne przez szereg tygodni i jakkolwiek choroba właściwa jeszcze się nie skończyła, to jednak pod koniec jej ulegają zanikowi, to znaczy wykryć ich już nie można. Nie ulega wątpliwości, że same prątki kokluszowe nie stanowią istotnej przyczyny tak oryginalnego przebiegu klinicznego kokluszu, raczej są one tylko współtowarzyszem przy odbywającej się reakcji na błonie śluzowej względnie w całem ustroju, powstałej wskutek innych przyczyn i okoliczności. W tem miejscu śmiało możemy przytoczyć zdanie *Hippokratesa*, który powiedział: „Zmiany pory roku są przyczyną powstawania wielu chorób, same zaś pory roku mogą czynić to samo pod wpływem wahań gorąca i zimna, suszy i wilgoci“.

Musimy najpierw zwrócić uwagę i powiedzieć sobie wyraźnie, że cokolwiek żyje na ziemi, że wszystkie przejawy życiowe są zależne od energji promieni słonecznych. Wszelkie wahania i zmiany na skorupie naszej ziemi, oraz życie każdego ustroju jest zależne w prostym stosunku do energji promieni słońca.

Wszak wiemy, iż życie naprzykład ustroju człowieka jest oparte na ruchu, z którego wypływają wszelkie konsekwencje życiowe. Kardynalnem środowiskiem, bez którego nie możemy wyobrazić sobie życia w takiej postaci w jakiej ono jest, są promienie słońca i powietrze, które zawiera w sobie tlen a więc materjał pobudzający do ruchu. Powietrze a zwłaszcza tlen powstają na skorupie ziemi za pośrednictwem promieni słońca.

Wobec tego, iż nauka poucza, że wszelka materja sprowadza się do jednej istoty, którą jest elektryczność, przeto promienie słońca są także elektrycznością w stanie rozproszenia, są to energje elektromagnetyczne w postaci wolnych elektronów, promieniowanych przez słońce. Te elektrony, spływając na skorupę ziemi, zmieniają swój bieg kinetyczny na potencjonalny, przyczem produkuje się ozon, redukujący się do tlenu i wolnej energji, czyli ciepła, również jednocześnie powstaje siła mechaniczna. Wahania zaś temperatur są całkowicie zależne od elektronów, to jest od ich częstotliwości, ilości i braku przeszkód po drodze ich biegu.

Otóż tlen powstaje wskutek przepływu elektryczności w stanie rozproszenia, promieniowanej przez słońce i wskutek styku tej elektryczności z materją.

Wszak wiemy, iż tlen jest niezbędnym do ruchu, a że jest środowiskiem pierwszorzędnie potrzebnem, to może służyć przykład a mianowicie: ustrój człowieka o potrawach suchych może żyć kilka dni o wodzie kilkanaście a bez powietrza dusi się już po paru minutach. Oddychając około 900 razy na godzinę, wprowadzamy za każdem razem pół litra przeciętnie powietrza do płuc. Ogólnie, gdybyśmy obliczyli siły energetyczne, zawarte w tem powietrzu wprowadzanem do płuc, to przekonalibyśmy się, że stanowią one pokaźną cyfrę. Latem, gdy z obnażoną skórą przebywamy na słońcu, to wdech i wydech są rzadsze, gdyż skóra pomaga w oddychaniu płucom, czyli tak samo utlenia się.

Podkreślić należy tu to, że promienie

słońca jako siła utleniająca jest daleko większa niż powietrze.

Najłatwiej ze wszystkich materyj na skorupie ziemi podlega utlenianiu woda. Elektron czyli promień słońca, stykając się z cząsteczką wody, rozkłada ją na składowe części to jest wodór i tlen, lecz wobec tego, że te dwa gazy względem siebie mają wielkie dynamiczne powinowactwo przeto obok siebie niemogąc istnieć, łączą się z powrotem i w formie pary unoszą się do góry. Ustrój człowieka właśnie dlatego zawiera w sobie około 80% wody, ponieważ taki skład gwarantuje, że przy minimalnej potrzebie siły mechanicznej przez łatwość utleniania się, mogą odbywać się procesy życiowe.

Promienie słońca oraz tlen z powietrza są bodźcem do ogólnych biochemicznych procesów poszczególnej jednostki ustrojowej. Cała akcja, od której zależą procesy życiowe odbywa się we krwi, a to zawdzięczając temu, że krew chciwie chłonie tlen oraz promienie. Promień słoneczny, stykając się z naszem ciałem, tracąc swój bieg kinetyczny, zmienia swoją postać bądź wskutek wymiany energji, bądź też rozkłada cząsteczkę wody na składowe części, przyczem produkuje się ozon w następstwie redukujący się. Wobec tego, że promienie słońca nie są jednakowej częstotliwości, przeto jedne z nich bywają rozłożone już na powierzchni naszego ciała, inne wnikają głębiej lub też przechodzą przez całe ciało. Najwięcej ulegają chłonieniu promienie krótkofaliste. Rzecz prosta, że podczas w ten sposób odbywającego się chłonienia i ruchu wytwarza się ciepło oraz powstają połączenia lub redukcje biochemicznych części ustrojowych, czyli inaczej, odbywają się procesy życiowe poszczególnych komórek ustrojowych. Naturalnie, iż wobec ruchu, tarcia, przesuwania, syntezy i redukcji jako prawo natury powstaje prąd elektryczny ustrojowy, który po uzwojeniach nerwowych płynie do centrali mózgu i ztąd jest w miarę potrzeby dysponowany.

Nie ulega kwestji, że pierwszym czynnikiem, od którego zależne jest i powietrze a mianowicie jego ciśnienie, skład i t. d., są to promienie słońca, które niewątpliwie są w wielkim stosunku do procesów życiowych naszego ustroju.

Wobec tego, że ruch molekularnych jednostek ustrojowych musi utrzymywać się stale na odpowiednim poziomie, dla podtrzymania energji ustrojowej, przeto zmuszeni jesteśmy wprowadzać powietrze do płuc, pokarmy, płyny do żołądka. Jeżelibyśmy niedopuścili powietrza do płuc, to wiemy, że człowiek po paru minutach może się udusić, jestto dostateczną przyczyną do twierdzenia, że tlen w procesach ustrojowych odgrywa dominujące stanowisko. Jeżeli zwrócimy uwagę na skórę, to okaże się, iż ona tak samo za pośrednictwem promieniowania i przewodnictwa odgrywa niezmiernie ważne dla życia ustroju czynności.

Nasz ustrój jest niczem innym jak związkiem materji, a życie tej materji da się streścić jak ruch, przewodnictwo i promieniowanie.

Wszystkie organizmy, zarówno roślinne jak i zwierzęce, w przeważającej części składają się z wody, woda jest również naturalnem środowiskiem i składową częścią niezmiernej liczby organizmów, jest ona również głównym rozpuszczalnikiem tych ciał, które dzięki swej pospolitości w przyrodzie wchodzą w ciągłą styczność z organizmami, wytwarzając dla nich te lub inne warunki życia.

Znajomość ogólna takich roztworów jest warunkiem zrozumienia wielu zjawisk życiowych. Jedna z takich własności roztworów wodnych jest obecność w nich pewnej ilości jonów wodorowych. Z łatwością zrozumiemy ważność tych kwestyj, gdy zastanowimy się nad zagadnieniami, w których odgrywa ona niezmiernie dużą rolę: oddychanie, fotosynteza roślinna, wchłanianie, wydzielanie komórki i jej ruchy, zapładnianie, i mnożenie się, wzrost, tropizmy — oto nieliczne przykłady z całego szeregu podstawowych zagadnień życia, na które wywiera wpływ. Stężenie jonów wodorowych w ocenie środowiska istot żywych jest rzeczą tak wybitną, iż bliższe poznanie biologów z odnośnemi zasadami i metodami wydaje się być rzeczą nieodzowną.

Pewne związki chemiczne, a mianowicie sole, zasady i kwasy w roztworach wodnych ulegają rozpadowi na cząstki, które noszą nazwę jonów, inaczej mówiąc, ulegają dysocjacji. Związki powyższe noszą nazwę elektrolitów. Roztwór każdej soli zawiera jony metalu (katjony) i jony reszty kwasowej (anjony). Roztwór każdego kwasu jony wodorowe (H). Roztwór każdej za-

sady jony wodorotlenowe (OH). Stopień dysocjacji elektrolitycznej nie jest jednakowy dla wszystkich roztworów: jest on zależny od jakości elektrolitu, od rozcieńczenia, temperatury i t. d. Każdy roztwór przedstawia masę cząsteczek niezdysocjonowanych i jonów, których ustosunkowanie liczebne może ulegać zmianom zależnie od warunków. Sama woda jest słabym elektrolitem i ulega również rozpadowi na jony (H) i (OH). W wodzie czystej stężenie jonów wodorowych i wodorotlenowych jest równe, czyli H. równa się OH. Zwiększenie się jonów wodorowych odpowiada wzrostowi kwasowości, zmniejszenie się ich liczby — wzrostowi zasadowości.

Energja promienna słońca najłatwiej może przesuwać jony wodorowe i wodorowotlenowe to w jedną, to w drugą stronę i dlatego widzimy podczas operacji słońca parowanie wody, opady i t. d.

Wiemy, iż nie tylko cały ustrój nasz składa się w lwiej części z wody lecz również poszczególna komórka naszego ciała również w swej budowie ma prawie taki sam skład. Ustroje w młodym wieku mają wrażliwe komórki, zwłaszcza na bodźce zewnętrzne, jak promienie słoneczne.

Schultze i Wintersztein dowiedli, że cholesteryna i lecytyna, gdy na nie będziemy działali promieniami świetlnemi, mogą chemicznie się zmieniać.

Skoncentrowanemi zaś promieniami możemy utlenić te produkty do zera to znaczy spalić je. Według *Zonnego* ciepło jest czynnikiem decydującym we wielu zjawiskach, które inni przypisują działaniu chemicznemu promieni. I tak wykazał on, że zwiększenie zużycia tlenu przez krwinki czerwone lub miazgę tkankową przy oświetleniu probówki z temi masami, ma swą przyczynę tylko w działaniu ciepła, gdyż jeżeli uchronimy takie probówki przez oblewanie ich stale wodą, to powyższe zjawiska nie wystąpią.
Podobnie też wykazał, że różne podobne procesy rozgrywają się tylko przy tej ścianie probówki, która jest do światła zwrócona (a więc ciepła).

Należy ustalić, iż ciepło zjawia się na skutek ruchu mas, czyli różnych procesów w danej masie. Im większy ruch mas, tym więcej wytwarza się ciepła. Pierwszą motoryczną pobudką do ruchu mas na skorupie ziemi a zwłaszcza wśród świata żyjącego są promienie słońca. One są właśnie przyczyną, że ruch w materji może się gwałtowniej lub powolniej odbywać i w zależności od tego wytwarzać się może więcej lub mniej ciepła. Inaczej mówiąc, ciepła jako takiego niema, lecz zjawia się ono przy wymianie różnych potencjałów energji w materji. Jeżeli *Zonne* wystawił próbkę z miazgą i oblewał ścianę zwróconą do słońca wodą, to fizykochemiczne procesy i chłonienie promieni odbywało się w wodzie, spływającej z probówki, miazga i krwinki były przez to, że tak powiem, izolowane, a więc w nich nie mogły się odbywać żadne, nawet minimalne zmiany.

Woda i wogóle środowiska, mające w swej strukturze dużo wody, są materjami, które chciwie chłoną promienie słońca i są najwrażliwsze pod względem reakcji na energję promienną słońca. Krwinki czerwone i miazga tkankowa oraz każda komórka ustrojowa zawierają do 80% wody, a więc materji czułej na promienie i gdy dopuścimy lub nie dopuścimy te promienie, to znaczy gdy promienie będa dosięgać w mniejszej ilości lub będą miały po drodze swego biegu jakie przeszkody, to w zależności od tego powstaną lub nie powstaną odpowiednie odczyny; oczywiście rozpiętość gamy tu jest bardzo szeroka.

Schmidt-Nelson oraz *Tappeiner* wykazali, że światło zabija łatwo zaczyny.

Wogóle powyższe procesy odbywają się w misterny sposób, a dozowanie światła w zależności od materji i układu jej musi być różne, ponieważ do niezrozumiałych granic ono jest czułe przy styku z materją. *Pinkusen* wykazał, że naświetlanie ogólne psów słońcem lub lampą kwarcową powoduje zmniejszenie się całkowitego azotu w moczu. Jednak uczulenie zwierząt eozyną powoduje objaw wprost odwrotny, co także stwierdzono i na ludziach.

Jeżeli chodzi o procesy fizykochemiczne i inne oraz produkowania się ciepła, to te wszystkie objawy występują, względnie mogą występować przy styku promieni z daną materją i stoją w zależności od danej materji, to jest, czy dana materja jest złym czy dobrym przewodnikiem, a więc czy dana materja stanowi izolator czy też pochłaniacz promieni. Nieulega wątpliwości, że tak samo jak promienie słońca, tak również wahania temperatur, a więc od 0 wzwyż i od 0 wzniż działają jako siły energetyczne i wszystkie one są jedną istotą lecz w różnych postaciach. Jeżeli chodzi o ustroje, to

działanie występuje jako energja utleniająca.

Jeżeli weźmiemy dla doświadczenia dwa ustroje o jednej konstytucji, przeciętnie wrażliwe na energję promienną słońca, to zauważymy, że organizm, gdy na niego działamy stopniowo promieniami słońca przy obnażonej skórze przyzwyczaja się, że tak powiem, do nich i nie następuje żadna gwałtowna reakcja w ustroju. Otóż ten organizm, przez stopniowe naświetlanie uodpornił się, a objektywnie to uodpornienie możemy stwierdzić przez wyrównanie bilansu i proporcji soków ustrojowych, przyczem skóra robi się bronzową o większym lub mniejszym odcieniu i rogowacieje, oraz zwiększa się barwik w skórze.

Wszak wiadomo, że zaczyny odgrywają zasadniczą rolę w procesach życiowych, służąc jako katalizatory rozpadu lub syntezy najważniejszych chemicznych składników ustrojowych. Energja zaś świetlna w postaci promieni słońca jest zasadniczym bodźcem uzależniającym od siebie i stawiającym do siebie w prostym stosunku procesy życiowe w każdej żywej komórce, a przez to oddziaływujące na cały ustrój. Jest ona w stanie wyrównać zachodzące potrzeby i braki w ustroju prędzej, niż jakiekolwiek inne czynniki. Gdy te braki są wyrównane, wtedy organizm na promienie słońca nie jest tak wrażliwy a skóra przybiera większy lub mniejszy odcień brunatny oraz rogowacieje, stając się więcej połyskującą. Z jednej więc strony wyrównanie braków i proporcji soków ustrojowych, z drugiej strony pociemnienie i zrogowacenie naskórka skóry zabezpieczają ustrój, jak i skórę, od nadmiernej wrażliwości, gdy działamy dłuższy czas, czy też silną dawką, promieni słońca. Wiemy dobrze, że róg jest złym przewodnikiem i dlatego część promieni odbija się od zrogowaciało-błyszczącej skóry, tem więcej pomaga temu wyrównana skala proporcji i składu soków ustrojowych. Ustrój ludzki za pośrednictwem skóry i płuc, kontaktując z promieniami część ich przepuszcza do ziemi, tym więcej gdy się stoi boso na mokrej ziemi, część zatrzymuje w swoim ustroju względnie rozkłada czyli rozładowuje po zetknięciu się ich ze skórą i płucami lub wprost odbija od swej powierzchni.

Jeżeli teraz nieprzyzwyczajony ustrój pierwszy raz wystawimy na operację słońca przez dłuższy czas, to zauważymy, że ten ustrój będzie reagował różnie: jeżeli damy promienie na obnażoną skórę, to stwierdzić możemy poparzenie czyli rumień w różnym stopniu w zależności od siły promieni i czasu naświetlania, oraz od wrażliwości osobniczej. Jakie procesy odbywają się przy styku promieni ze skórą? i wogóle w ustroju? Wiemy, iż uraz skóry może powstać wskutek porażenia promieniami słońca. Także samo powietrzem płynnem (wszak wiadomo, iż pod wpływem oziębienia i ciśnienia możemy wyprodukować powietrze płynne), możemy przypalić skórę czyli spowodować uraz.

Jeżeli chodzi o promienie słoneczne, to one, stykając się bezpośrednio ze skórą, tracą swój bieg kinetyczny jako taki, są rozkładane na skórze i jednocześnie częściowo pochłaniane a przy tych okolicznościach produkuje się tlen potrójny, redukujący się, i działający jako gaz utleniający. Nietylko tyczy się to wystawionego odcinna skóry na działanie słońca, lecz również aparatu oddechowego.

Że procesy spalania, redukcji w większym stopniu odbywają się podczas silnej operacji słońca, to nie ulega wątpliwości. Jeżeli chodzi o procesy powstające podczas styku promieni słońca z materją, zwłaszcza zawierającą w swym składzie dużo wody, to procesy odbywają się podobnie jak i przy uderzeniu pioruna a mianowicie wyładowanie się energji, powstanie z tego ozonu i siły mechanicznej. Oczywiście, te procesy odbywają się bardzo łagodnie, gdy promienie słońca, stykają się z materją, przypuśćmy z naszą skórą, czy też ze śluzówką, i zauważyć tego nie jesteśmy w stanie, lecz wobec tego, że są one niezmiernie częstotliwe i jakby bombardują nasz ustrój, przeto po dłuższym czasie i w większym natężeniu mogą go uszkodzić. Otóż w tym wypadku promienie słońca jako siła utleniająca mają własności w wielkim stopniu energetyczne i formalnie uszkadzają, gdy ich jest nadmiar. Jeżeli działamy na skórę promieniami, to, wyparowując wodę z tkanki skóry, siłą rzeczy zagęszczamy takową, po pewnym czasie rumieni się ona, jest obrzmiałą i potrzebuje pewnego czasu do powrócenia do stanu poprzedniego. Podczas silnej operacji słońca prócz tego, że procesy w powietrzu i na skorupie ziemi intensywnie się odbywają ,to znaczy częstotliwej, jednocześnie promieni jest nadmiar i właściwie my żyjemy w tym fluidzie promieni, któ-

ry bywa pochłaniany przez aparat oddechowy wraz z powietrzem i tam w nieodpowiednich warunkach jest w stanie razić tak samo jak i na powierzchni skóry.

Wiemy dobrze, że poparzenie skóry może wywołać odczyn całego nawet ustroju.

Wyżej żeśmy powiedzieli, że promienie słońca i tak jest w istocie, są to siły elektromagnetyczne, czyli elektryczność w stanie rozproszenia, to jest w postaci wolnych elektronów. Te elektrony mogą razić nie tylko obnażoną skórę, lecz cały ustrój, a w pewnych okolicznościach także aparat oddechowy wraz z jego unerwieniem, a zwłaszcza błonę śluzową. Tak samo, gdy silniejszą dawką promieni słońca uszkadzamy, czyli powodujemy na nieprzywyczajonej skórze uraz, tak samo energją promienna, a nawet i mróz, jest w stanie uszkodzić aparat oddechowy ustroju.

Zwykle na w ten sposób uszkodzonej błonie śluzowej aparatu oddechowego następuje wylęganie prątków *Bordet-Gengou* mniejwięcej na 5 — 6 dzień.

Choroba kokluszu powstaje nie dlatego, że prątek dostał się do układu oddechowego w ten czy inny sposób i był w stanie chorobę spowodować, lecz ustrój sam je wytworzył, gdy zmieniły się warunki i flora pod wpływem urazu układu oddechowego, względnie całego ustroju, (gdyż nie można sobie wyobrazić dobrej czynności całego ustroju przy złym stanie układu oddechowego).

Potwierdzeniem poglądu, że koklusz powstaje właśnie w ten sposób, stanowi choroba moich dzieci. Było to w r. 1925.

Wiosną w tym roku trafiły się cztery dnie silnej operacji słońca, moje dzieci, dziewczynka wówczas 4 letnia i chłopiec 9 miesięczny, przedtem zupełnie zdrowe, bawiły się przez te 4 dnie na słońcu ubrane normalnie, od godziny 10 zrana do 13.

Pogoda była ładna, słońce dobrze promieniowało, przeto po bezsłonecznej zimie dzieci wyzyskały pierwsze dnie słońca.

Czwartego dnia zauważyłem u obojga dzieci stan podgorączkowy a mianowicie 37,3 oczy szklące, gałki nieco przekrwione i kaszelek nieokreślony; suchy, nieczęsty, pseudokrupowy.

W kilka dni po bytności moich dzieci na słońcu w nocy w pierwszym śnie, przestraszony wyciągnąłem córeczkę z łóżeczka sztywną, jakby w ataku epileptycznym, dławiącą się, ze skąpą pianą na usteczkach. Atak trwał kilka minut i gdy się tylko skończył, wnet rozpoczął się atak u synka.

Otóż choroba moich dzieci wystąpiła gwałtownie, jakby na zamówienie i tak równoczesne wystąpienie kokluszu u moich dzieci wtedy gdy praktykując w okolicy, nie stwierdziłem ani jednego jeszcze przypadku kokluszu, nasunęło mi myśl, by się zastanowić w jakich okolicznościach moje dzieci mogły zachorować.

Jakkolwiek utkwiły mi w pamięci to pierwsze promieniowanie słońca na wiosnę przez cztery dni i obecność moich dzieci wówczas na powietrzu, tem nie mniej jednak zrobiło na mnie wrażenie równoczesne i gwałtowne wystąpienie kokluszu u obojga dzieci.

Otóż na zasadzie tych spostrzeżeń, rozmyślając i szukając przyczyny, która wywołała koklusz u moich dzieci, doszedłem do wniosku, iż energja promienna słońca równocześnie z zaburzeniami w powietrzu i na skorupie ziemi zadziałała na błony śluzowe układu oddechowego, jak również i na cały ustrój, inaczej mówiąc, energja ta, a zwłaszcza promienie słońca, spowodowały uraz aparatu oddechowego.

Wobec spowodowanego urazu nastąpiła reakcja, która wytworzyła odpowiednią florę, będącą wstanie pobudzić do bujania odpowiednie mikroby przez ewolucje jak w przypadku kokluszu prątki *Bordet-Gengou*, które pasożytują na błonie śluzowej do czasu, gdy ona nieodzyska cech fizycznych, jakie miała przed uszkodzeniem.

Wstrząsy metereologiczne są w tym wypadku bezpośrednią przyczyną zaburzeń w ustroju. Obok fizjologicznych przestrajań się, zależnych od wewnętrznych czynników, związanych z okresami życia ustroju, istnieją jeszcze przestrajania się tegoż ustroju pod wpływem czynników zewnętrznych, związanych fizjologicznie z życiem naszem. Do takich należą okresowe kosmiczne zmiany, przywiązane do pór roku. Najwybitniej zaznaczają się one w naszym pasie geograficznym porą wiosenną. Koklusz najczęściej występuje wiosną i to wtedy, gdy po bezsłonecznej zimie następują gwałtownie dnie słoneczne. Wtedy słońce przysyła bardzo dużą ilość energji swej w postaci, że się tak wyrażę, ostrych promieni i one są i mogą być przyczyną powstania w całem ustroju względnie w poszczególnych jego organach, a zwłaszcza w układzie oddechowym większych lub mniej-

szych podrażnień natury ostrej lub przewlekłej, inaczej mówiąc, mogą powodować uraz. Na skutek w ten sposób powstałego urazu może się zjawić odczyn, czyli reakcja w postaci gorączki, kaszlu kokluszu.

Wyżej powiedziałem, że promienie słońca są to siły elektromagnetyczne, czyli elektryczność w stanie rozproszenia, to jest w postaci wolnych elektronów, które potęgowane wiosną lub w innej porze roku razić mogą ustroje. Jeżeli reakcja w ten sposób powstała trwa dłuższy czas i z objawami klinicznemi, to wówczas kwalifikujemy reakcje danego ustroju jako poszczególną jednostkę chorobową. Młode ustroje są wrażliwe, a zwłaszcza ze złą i wadliwą przemianą materji, reagują na energję promienną słońca w postaci kokluszu, odry lub tężyczki.

Koklusz jest to silne podrażnienie względnie uraz błon śluzowych układu oddechowego przez energję promieni słońca, względnie mrozu. Lasecznik zaś kokluszu, wykryty i opisany przez *Bordet-Gengou*, zjawia się na uszkodzonej w ten sposób błonie śluzowej i może na niej i w niej żyć pewien czas, to znaczy dotąd, dopóki błona śluzowa nie wróci do stanu poprzedniego czyli nieodzyska cech fizycznych, jakie miała przed porażeniem.

Czy prątek kokluszu powstaje z jakiego innego drobnoustroju, przeszedłszy pewne ewolucje, czy też w inny sposób, to ustalić będzie trudno, jednak w taki sposób zmieniona flora błon śluzowych jest i może być w stanie z siebie i w sobie wytworzyć mikroorganizmy — w przypadku kokluszu prątki Bordet-Gengou.

W tem miejscu przytocze spostrzeżenie moje, co do odry, która epidemicznie wystąpiła w 1927 r. Mianowicie w tym roku, zdaje się, w październiku a mianowicie 20, 21 i 22 paźdz. nastąpił mróz do 22,3 stp. i później ciepłota wróciła do normy to jest do 3 — 4 st. ciepła, czyli do takiej ciepłoty, jaka była przed zawahaniem sie temperatury, lecz te trzy dni wystarczyły, by spowodować uraz czyli uwrażliwić ustroje dzieci i wywołać odrę epidemiczną w całej Polsce.

Występowanie epidemiczne i sporadyczne kokluszu.

Jakie okoliczności sprzyjają, że koklusz występuje nie we wszystkich miejscowościach i często nie wszystkie dzieci jednych rodziców zapadają na tę chorobę?

Charakterystyczne jest rozpowszechnianie się kokluszu epidemiczne mianowicie to, że masowo dzieci niektórych okolic przechodzą tę chorobę. Przecież wiemy, że zadziałanie przypuśćmy promieniami Rentgena, powoduje, utajenie działania, które dopiero po pewnym czasie może się ujawnić i może być wtedy objektywnie stwierdzone.

Jeżeli pomiędzy promieniami Roentgena i naszem ciałem umieścimy jakąś izolację a więc przypuśćmy metal, to one mogą być częściowo lub całkowicie zatrzymane względnie rozłożone, i nasze ciało nie ulegnie zadziałaniu tych promieni. Energja promieni słońca podlega takim samym prawom. Różne połacie naszej gleby różnie chłoną promienie, prócz tego wilgoć w powietrzu a zwłaszcza gęste chmury chłoną, względnie rozkładają promienie. Na glebach piaszczystych gorsza jest chłonność, tu promienie więcej się odbijają, a na glebach wilgotnych fizykochemiczne procesy odbywają się intensywniej, promienie ulegają większemu rozkładowi i chłonieniu.

Przypuśćmy, iż w tej okolicy wybuchła epidemja kokluszu, w innej wcale jej nie było lub była spóźniona, to na takie rozpowszechnianie się choroby składają się różne okoliczności i warunki; mianowicie zależne to jest od zachmurzenia w danym momencie nieba w danej okolicy, podłoża gleby, stanu odżywiania i mieszkania, jak również noszenia koloru ubrań i t. d.

Jeżeli chodzi o dzieci jednych rodziców, to zależne to jest od wrażliwości czyli czułości na energję promienną słońca, jak również od tego, gdzie dziecko przebywa w czasie silnej operacji słońca, a więc na powietrzu czy w domu, kierunek okien, jak również noszenie ubrań ma tu dość duże znaczenie na powstanie lub niepowstanie kokluszu. Jakkolwiek energja jest przenikliwa i razić może i w mieszkaniu.

Opierając się na powyższem, stwierdzić musimy, iż powstawane kokluszu następuje nie dlatego, że dzieci jedno od drugiego się zarażą, lecz dzieci zakażają się same w sobie, czyli urażona błona śluzowa układu oddechowego jest w stanie sama ze siebie i w sobie wytworzyć florę, w której występuja pasożyty kokluszu.

Promienie słońca wraz z tlenem, jak również mróz są bezpośrednią przyczyną w pewnych okolicznościach nadmiernie utleniają błony śluzowe, względnie cały ustrój, czyli powodują uraz, a to jest dosta-

teczną przyczyną, by zakwasić, względnie zalkalizować nie tylko tkankę lecz i soki ustrojowe, co może spowodować zmienne warunki, w których flora bakteryjna ma pole do popisu.

Napady kokluszu jako charakterystyczny objaw choroby.

Cały układ oddechowy, włączając w to i płuca, tworzy pewną powierzchnię, zapomocą której styka się z zewnętrznemi środowiskami jak powietrzem, energją promienną słońca. Płuco tworzy bardzo delikatną tkankę, w której drążą włosowate naczynia krwionośne i nerwy.

Nerwy płuc pochodzą od nerwu błędnego i nerwu współczulnego. Wnikają one wraz z oskrzelami, rozgałęziają się wielokrotnie w błonie śluzowej oskrzeli i kończą się na ich mięśniach. Wśród zrazików płucnych tworzą one splot leżący pomiędzy pęcherzykami.

Wiemy, iż śluzówka układu oddechowego wraz z pęcherzykami płucnemi posiada własności chłonienia i wydzielania. Chłonienie tlenu może się odbywać tym energiczniej, im są większe potrzeby ustroju. Różne procesy w ustroju naszym odbywają sę wskutek chłonienia promieni i tlenu zapomocą płuc i skóry.

Płuca i skóra są, że tak powiem, kontaktem z wyżej podanemi środowiskami, będącemi kardynalnym czynnikiem przy wymianie energji i materji w fizjologicznych procesach ustrojowych. Błona śluzowa aparatu oddechowego jest stale wilgotna, energja zaś promienna przy dużem natężeniu wraz z powietrzem t. j. tlenem mają własności przypalajace, czyli utleniające, tym więcej, gdy trafią na ustrój podatny. Wytwarzanie się ozonu przy styku promieni ze skórą lub błoną śluzową dróg oddechowych wywołuje względnie może wywołać większe utlenienie, a raczej przypalenie, co może być powodem zagęszczenia się błony śluzowej, która po takim utlenieniu nie szybko wraca do normy.

Najprawdopodobniej nietylko komórki błony śluzowej i w niej uzwojenia nerwowe ulegają przypaleniu, lecz te ostatnie są wprost do pewnego stopnia zniszczone — spalone.

Gdy się patrzy na atak kokluszu, oczywiście klasyczny, to ma się wrażenie, iż następuje jakby krótkie spięcie zwojów nerwowych, będących częściowo uszkodzonemi i obnażonemi wskutek zniszczenia przez energję promienną i tlen samego uzwojenia nerwowego w danym odcinku jak również śluzówki okrywającej te uzwojenia. Spięcie takie ustępuje dopiero, gdy zwoje nerwowe w czasie ataku kokluszowego rozstęp między sobą mają większy naskutek wtórnego już uszkodzenia czyli spalenia się koniuszków podczas ataku, a ilość kwasu węglowego w ustroju z racji natężenia i wykształcenia się zmniejszyła.

Oczywiście po ataku zwoje nerwowe odradzają się, kwasu węglowego coraz więcej zbiera się w ustroju ponieważ śluzówka uszkodzona i obrzmiała mniej energicznie go wydziela i dziecko czeka na nowy atak.

Reasumując wszystko co w niniejszem powiedziałem, stwierdzić należy, że powstawanie kokluszu epidemiczne i sporadyczne występuje na skutek urazu spowodowanego przez promienie słońca jednocześnie z zaburzeniami na skorupie ziemi, czyli aforyzm Hippokratesa ma całkowite uzasadnienie.

Hippokrates powiedział:

> Zmiany pór roku są przyczyną powstawania wielu chorób, same pory roku czynią to samo pod wpływem wahań gorąca i zimna, suszy i wilgoci.

Dr. Kowalewski. L'ethiologie de la coqueluche. Resumé.

L'auteur insiste que la cause fondamentaire de la coqueluche n'est point le microbe de Bordet-Gengou, mais les influences d'ordre physicale et electrique, irradiations solaires etc. La coincidence d'eruptions d'épidèmies avec les brusques changements meteorologiques est pour l'auteur la base de ses speculations.

S T R E S Z C Z Ł N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

(Journal Médical Français poświęcił cały zeszyt grudniowy z r. 1930 jednemu tematowi a mianowicie: „Kojenie bólów jamy brzusznej". Poniżej podamy w streszczeniu wszystkie prace, zawarte w wymienionym zeszycie. Przyp. ref.).

Uwagi kliniczne o bólach jamy brzusznej. (Considerations cliniques sur les douleurs abdominales). G. Metivet.

Przedewszystkiem należy podkreślić z całym naciskiem, że kojenie bólów jamy brzusznej może być przeprowadzone dopiero po dokładnem ustaleniu rozpoznania. W przeciwnym razie możemy łatwo przyczynić się do zejścia śmiertelnego, jak n. p. stosując morfinę w przypadkach zapalenia otrzewnej, wywołanego zapaleniem wyrostka robaczkowego, gdzie zastosowanie leku kojącego może osłabić objawy chorobowe i wywołać zwłokę w wykonaniu zabiegu chirurgicznego, który tu jedynie mógłby sprowadzić wyleczenie.

1. Dla ustalenia rozpoznania pierwszem zagadnieniem jest ustalenie m i e j s c a b ó l u. Tu należy odróżnić bóle, powstające samoistnie oraz bóle wywołane przez obmacywanie.

B ó l e s a m o i s t n e bardzo często odpowiadają umiejscowieniu choroby, jak n. p. ból w punkcie McBurney'a odpowiada uszkodzeniu wyrostka robaczkowego. Bywa jednak, że ból samoistny nie odpowiada umiejscowieniu uszkodzenia, jak n. p. przy coxalgii istnieć może ból w kolanie. Zdarza się też, że chory skarży się na bóle powierzchowne, n. p. w skórze, podczas gdy narząd schorzały leży w głębi. Ta hyperestezja skórna znana jest ogółowi lekarzy. W innych przypadkach umiejscowienie bólu odpowiada splotom nerwu współczulnego, do których uchodzą nerwy ze schorzałego narządu. N. p. bóle w zapaleniu wyrostka robaczkowego chory umiejscawia niekiedy koło pępka lub też bóle, wywołane wrzodem żołądka dają odczyn ze strony splotu słonecznego. Zdarza się też, że bóle występują w innym odcinku schorzałego narządu, n. p. powstają niekiedy bóle w okolicy jelita ślepego w przypadkach zwężeń esicy. Wreszcie mogą wystąpić bóle, wywołane zapaleniem otrzewnej w pewnem oddaleniu od schorzałego narządu, n. p. po przebiciu wrzodu dwunastnicy, wyciekający przez ten otwór płyn spływa do prawego zagłębienia biodrowego i tam dopiero powoduje zapalenie oraz ból. Należy też uwzględnić, że bóle samoistne mogą promieniować wzdłuż nerwów, oplatających naczynia narządu schorzałego. Tem należy tłumaczyć ból w krzyżach, występujący w cierpieniach jąder lub przydatków macicznych. Bóle mogą także promieniować wzdłuż uszkodzonego narządu, n. p. w schorzeniach nerek bóle promieniują wzdłuż moczowodów i pęcherza. Wreszcie bóle mogą promieniować wzdłuż nerwów, leżących w sąsiedztwie schorzałego narządu, n. p. bóle wstępujące wzdłuż nerwu przeponowego w niektórych cierpieniach wątroby lub przepony.

Jeszcze większe znaczenie od bólów samoistnych posiada w y w o ł y w a n i e b ó l u z a p o m o c ą o b m a c y w a n i a. Z zasady narząd leżący w jamie brzusznej i dotknięty zapaleniem jest mniej lub więcej bolesny na obmacywanie. Dzieje się to nawet wówczas, gdy bóle samoistne nie występują. Często można wywołać ból w narządzie schorzałym uciskając przeciwległą mu okolicę jamy brzusznej, lecz na wysokości tegoż narządu. N. p. uciskanie okolicy lewego zagłębienia biodrowego wywołuje ból w wyrostku robaczkowym, chorobowo zmienionym.

2. Drugiem, ważnem zagadnieniem dla ustalenia rozpoznania jest stwierdzenia c z a s u w y s t ę p o w a n i a b ó l u.

Niekiedy wartościowem jest ustalenie, czy ból występuje o pewnej, ściśle określonej godzinie. Ta sprawa jednak najczęściej jest trudna do rozwikłania ze względu na wzmożoną wrażliwość chorych w porze nocnej oraz ze względu na wahania w napięciu układu wegetatywnego.

Bardzo ważnem jest ustalenie, czy napady bólowe występują w związku z którymś z aktów fizjologicznych, jak n. p. przyjęcie pokarmów, wypróżnienia, oddawanie moczu, miesiączkowanie i t. p. Jako przykład można tu przytoczyć bóle żołądka, występujące w dwie do czterech godzin po przyjęciu pokarmów a złagodzone wymiotami w zwężeniu odźwiernika; albo konieczność oddawania stolca natychmiast po przyjęciu pokarmów, co występuje w schorzeniach wątroby. Nieprawidłowe położenie i kształt macicy jest nieraz przyczyną powstawania bólów w okresie perjodów; bóle występujące po oddaniu stolca i wzmagające się w następowym okresie wskazują na istnienie fissura analis.

3. Ważne wskazówki dla rozpoznania otrzymujemy przez ustalenie r o d z a j u b ó l u.

I tak: głęboki, stały ból, który upośledza oddechanie i któremu towarzyszą nudności wskazuje na zapalenie otrzewnej. Głuchy ból z gwałtownymi, przerywanymi napadami kolek występuje przy nasilonych skurczach pewnych odcinków przewodu pokarmowego. Tego rodzaju skurcze spotykamy w żołądku lub w jelitach, gdy chodzi o przezwyciężenie przeszkody; w pęcherzyku żółciowym lub w przewodzie wspólnym żółciowym, gdy chodzi o przepchanie kamienia i t. p.

W s k a z a n i a dla kojenia bólów jamy brzusznej.

Ustalenie rozpoznania pozwala na przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, względnie daje pewną wskazówkę, czy dany ból można uśmie-

rzyć bez szkody dla chorego. W wielu jednak przypadkach ustalenie rozpoznania jest na razie niemożliwe, podczas gdy gwałtowny ból wymaga interwencji lekarskiej. W takim przypadku można stosować środki kojące z jednem, poważnem zastrzeżeniem; że cierpienie, wywołujące ból, nie wymaga natychmiastowego zabiegu operacyjnego. W tym ostatnim przypadku opóźnienie takiego zabiegu może być równoznacznem z bezpośredniem przyczynieniem się do śmierci chorego.

Z ostrych cierpień jamy brzusznej, wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej, są według autora trzy sprawy chorobowe: krwotoki, zapalenie otrzewnej i zamknięcie światła jelita.

W przypadkach krwotoku ból początkowy bywa niekiedy bardzo ostry i połączony z omdleniem, który ustępuje miejsce bólowi bardziej rozlanemu i głęboko umiejscowionemu, gdy się rozpocznie reakcja ze strony otrzewnej. Dla rozpoznania ważnem jest stwierdzenie innych, zasadniczych objawów krwotoku.

Zapalenie otrzewnej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego lub przy przebiciu ściany przewodu pokarmowego rozpoczyna się ostrym bólem, jakby wywołanym przez uderzenie sztyletu. Bardzo szybko ból ten rozlewa się, występuje napięcie mięśni brzusznych (opór mięśniowy) oraz wymioty. Od samego początku obmacywanie wywołuje ostry, umiejscowiony ból.

Zamknięcie światła jelita występuje wśród objawów gwałtownej kolki (znana kolka z miserere), z zatrzymaniem gazów i z nudnościami.

Tylko po wykluczeniu powyższych trzech możliwości można stosować środki kojące, z zachowaniem koniecznych ostrożności i pod ścisłą obserwacją kliniczną.

Uwagi na temat rozpoznawania bólów jamy brzusznej. (A propos du diagnostic des douleurs abdominales: la respiration diaphragmatique, l'occlusion intestinale, l'iléus biliaire). H. Paillard.

Autor przypomina, że dawno już poczyniono spostrzeżenia nad unieruchomieniem przepony w ostrych zapaleniach otrzewnej; sądzi jednak, że dokładne zbadanie powyższego objawu wymaga odpowiednich ostrożności. Przedewszystkiem przy obserwowaniu ruchów przepony należy odwrócić uwagę chorego. Następnie korzystną jest obserwacja kaszlu chorych na zapalenie otrzewnej; ponieważ przy kaszlu następuje gwałtowny skurcz mięśni brzusznych i uniesienie przepony ku górze, przeto ci chorzy z trudnością i słabo tylko kaszlą, w odróżnieniu od chorych na zapalenie opłucnej przeponowej, dla których kaszel jest w ogólności niemożliwy z powodu bardzo gwałtownych bólów. Można też badać ruchomość przepony sposobem, ongiś podanym przez autora, który polega na łagodnie wzmacnianym ucisku jamy brzusznej tuż poniżej pępka, przy pomocy płasko położonej ręki. Ucisk ten powinien być tak wykonany, by unosił jelita ku górze w stronę przepony. Wówczas to przepona odpowiada skurczami, z początku małymi a następnie zwiększającymi się. W przypadkach ostrego zapalenia otrzewnej badania tego należy raczej zaniechać.

Uwagi odnoszące się do bólów, wywołanych zamknięciem światła jelita.

Autor przytacza opis podany przez *Mondor'a (H. Mondor: Diagnostics urgents. Abdomen. Masson Edit. 1930)*, odnoszący się do powyższych bólów i podkreśla, że bóle występujące z początku nie różnią się od bólów późniejszego okresu; ustępują one jednak lub znacznie słabną, gdy się już wytworzy martwica jelita, przebicie jelita, lub zapaść. W tem cierpieniu im chory czuje się lepiej, tem gorszy jest jego stan. W obrazie klinicznym na pierwszy plan występują gwałtowne skurcze jelitowe, świadczące o znacznej pracy jelit, przy zupełnym braku odchodzenia gazów i kału. Podobnie silne skurcze i ruchy jelitowe oraz bóle występują w niektórych zapaleniach jelita grubego i w czerwonce, w obu tych cierpieniach jednak odchodzenie gazów i kału jest utrzymane. Wzdęcie brzucha jest późnym objawem w przebiegu zamknięcia światła jelit, wówczas to nasilenie bólów słabnie. Wzdęcie brzucha świadczy bowiem o osłabieniu mięśniówki jelit, wskutek wyczerpania po uprzedniej walce oraz skutkiem dalszego rozwoju cierpienia. W omawianem cierpieniu nie można dość nastawać na wczesne rozpoznanie i możliwie wczesne wykonanie zabiegu operacyjnego.

W końcu autor opisuje ciekawy przypadek ileus, z powodu uwięzgnięcia kamienia żółciowego w jelicie cienkiem. U chorej lat 62, stwierdzono niewątpliwą kamicę żółciową a prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało cień dużego kamienia w okolicy pęcherzyka żółciowego. Przez następnych 4 miesiące były okresy wolne od bólów oraz napady bólowe. Po ostatnim napadzie ponowne prześwietlenie wykazało brak cienia od kamienia w pęcherzyku żółciowym. W cztery miesiące później wystąpiły u chorej objawy zatkania światła jelita z wymiotami kałowymi; ostrożne opróżnianie jelita grubego wykazało częściowe przechodzenie pokarmów przez zwężone jelito. Wobec pogarszania się stanu chorobowego autor rozpoznał zamknięcie światła jelita a łącząc powyższe objawy ze zniknięciem cienia od kamienia żółciowego przyczynę zamknięcia widział w uwięzgnięciu kamienia. Zabieg chirurgiczny potwierdził to rozpoznanie a wydobyty kamień był kształtu walca o średnicy 3 cm i długości 4,6 cm; waga kamienia 26 gr. składał się on z masy cholesteryny i złogów wapniowych na powierzchni swojej.

Zimno i gorąco w leczeniu cierpień jamy brzusznej. (Le chaud et le froid dans le traitement des affections abdominales). G. Métivet.

Na początku niniejszej pracy, autor opisuje sposób stosowania zimna a więc w najczęściej używanej postaci worka z lodem, dobrze owiniętego we flanelę, przyczem podkreśla, że zarówno flanela jak i skóra chorego muszą być bardzo suche, gdyż w przeciwnym razie mogą powstać odmrożenia.

Gorąco stosuje się w postaci kąpieli całkowitych na 37 do 38° C. Takie kąpiele działają bardzo korzystnie na uspokojenie bólu a zwłaszcza bólów wywołanych kurczami. Gorące okłady, wilgotne mogą wywrzeć korzystny skutek tylko wówczas, gdy są bardzo często zmieniane, dla tego lepiej jest stosować kataplazmy z lnianego siemie-

nia, przykrywając je n. p. ceratą oraz grubszym bawełnianym czy wełnianym materjałem, któryby dłuższy czas pozwalał na utrzymanie ciepła kataplazmu. W niektórych cierpieniach kobiecych należy stosować gorące lawatywy (45 do 48° C.) w ilości 100 do 120 ccm., które należy zatrzymać. W każdym domu da się również wykonać gorące przemywanie pochwy (45 do 48° C) z 8 do 10 litrów wody; należy do tego stosować kankę o dwuch ujściach a okolice ujścia pochwy należy posmarować wazeliną. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w wymiotach pooperacyjnych, należy podawać łykami gorące napoje.

Wskazania do stosowania powyższych zabiegów są rozmaite, autor podaje ogólne wskazówki, że w początkowych okresach ogniska zapalnego jamy brzusznej należy z zasady stosować zimno, w okresach późniejszych (a więc po paru dniach) można stosować zarówno zimno, jak i gorąco, zależnie od wrażliwości chorego i natury cierpienia. N. p. w chorobach kobiecych w tym okresie wskazane są raczej gorące przepłukiwania pochwy, natomiast w nieoperowanych, ograniczonych zapaleniach otrzewnej, wywołanych zapaleniem wyrostka robaczkowego, względnie dość długo należy stosować zimno. W okresach znacznie późniejszych, końcowych, wskazane jest raczej stosowanie gorąca.

W gwałtownych napadach bólowych jamy brzusznej, wywołanych skurczami przewodu pokarmowego, po wykluczeniu przypadków wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej, należy stosować gorąco, zwłaszcza pod postacią kataplazmów z siemienia lnianego.

Rola wodolecznictwa w leczeniu bólów jamy brzusznej. (Le role de l'hydrothérapie dans le traitement des douleurs abdominales). H. D a u s s e t i A. C h e n i l l e a u.

Uśmierzenie bólów jamy brzusznej, uzyskane zapomocą wilgotnych i gorących okładów, jest ogólnie znane. Tłumaczenie powyższego faktu napotyka na pewne trudności i istnieją rozmaite teorje, które usiłują fakt ten wyjaśnić. Lecz i sam ból wywołany cierpieniami narządów jamy brzusznej nie jest dostatecznie wyjaśniony. *Lennander* sądzi, że ból powstaje w narządach jamy brzusznej dopiero wówczas, gdy stan zapalny tych narządów lub ich rozciągnięcie dotyczyć będzie także i otrzewnej. W tej teorji układ współczulny nie gra żadnej roli. Natomiast *Ross, Head i Mackenzie* sądzą, że ból powstaje w samych narządach i jest przenoszony przez układ współczulny do układu mózgo-rdzeniowego. Jeszcze inni mniemają, że istnieje automiczna wrażliwość na ból samego układu współczulnego. Znaczna liczba badaczów jest zdania, iż istnieje łączność między pewnemi, ściśle określonemi okolicami skóry, t. zw. dermatomami a narządami leżącymi w jamie brzusznej i tłumaczą oni, że tą drogą dochodzi do hyperestezji skóry w cierpieniach narządów jamy brzusznej. Autorowie sądzą, że w powstaniu bólów jamy brzusznej dużą rolę też grają zapalenia naczyń chłonnych, odchodzących od ogniska zapalnego oraz zmiany w napięciu nerwów naczynioruchowych.

Wodolecznictwo wywiera niewątpliwie wyraźny wpływ na napięcie nerwów naczynioruchowych. Pod wpływem zabiegów wodoleczniczych powstaje bardzo żywa gimnastyka naczyniowa. Można się przeto spodziewać, że tego rodzaju wpływ na poszczególne dermatomy odbije się drogą odruchu w narządach wewnętrznych, odpowiadających danym dermatomom. Gorąco, bez względu na sposób stosowania, wywiera tą drogą wpływ na bóle, powstające w cierpieniach narządów jamy brzusznej, niewątpliwie jednak najwyraźniej wpływ ten występuje przy użyciu gorąca wilgotnego. Zbierając powyższe dane sądzić należy, że zapomocą odpowiednio stosowanego wodolecznictwa uzyskujemy rozszerzenie lub zwężenie naczyń, wpływ na układ chłonny, podrażnienie lub działanie uspokajające na włókna nerwowe oraz przypływ lub odpływ ciepłoty i to zarówno w zakresie skóry, jak i drogą odruchu w odpowiednich narządach jamy brzusznej.

Następnie autorowie omawiają stosowanie gorących okładów na jamę brzuszną lub na całe ciało a potem przechodzą do opisu stosowania miejscowych natrysków w cierpieniach narządów jamy brzusznej o przebiegu przewlekłym. Natryski te dzielą na: natryski na wątrobę, śledzionę, nadbrzusze, całego brzucha oraz okolicy lędźwiowej.

Natrysk na okolice wątroby stosuje się w wielu miejscowościach kąpielowych a zwłaszcza w Vichy. Można go stosować w rozmaitych pozycjach chorego a więc w pozycji stojącej, siedzącej i leżącej. Zapomocą zmiany ciepłoty natrysku uzyskuje się w przeciągu kilku minut silne zaczerwienienie okolicy natryskiwanej. Na zakończenie tego zabiegu stosuje się zawsze natrysk ogólny. W podobny sposób przeprowadza się leczenie natryskami na inne okolice ciała.

W szczególnych przypadkach stosują też natryski podwodne, t. j. u chorych zanurzonych w zwykłej kąpieli puszczamy pod wodą silny prąd cieplejszej wody na daną okolicę ciała. Ten rodzaj natrysku działa podobnie, jak masaż bardzo delikatny i gorący; czas trwania 5 do 10 minut. Dodać należy, że ciepłota ogólnej kąpieli powinna być niższa o 1 do 10° C., przytem ta ciepłota powinna być zachowana przez cały czas zabiegu. U kobiet stosują przemywanie pochwy zapomocą 100 litrów wody o ciepłocie 40 do 44° C., przy użyciu podwójnego wziernika. Prąd wody powinien być bardzo słaby tak, że zabieg ten trwa około pół godziny. Szczególnie dobre wyniki daje zupełnie podobne przepłukiwanie przy równoczesnem zastosowaniu kąpieli całkowitej lub półkąpieli. W tym przypadku ciepłota wody jest nieco niższa, natomiast prąd wody jest silniejszy, tak że 100 litrów wody przepływa w przeciągu około 10 minut. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim sposobie stosowania natrysków pochwowych pozycja chorej jest ginekologiczna (w kąpieli „en hamac").

Wskazania do stosowania rozmaitych zabiegów wodoleczniczych są bardzo różnorodne. Z cierpień narządów jamy brzusznej należy wymienić pewne obrzęki wątroby, spotykane zwłaszcza u ludzi otyłych, cierpiących na plethora i t. p. Również w pewnych przypadkach niedomogi wątroby, z wyjątkiem marskości wątroby, natryski dają bardzo dobre wyniki. W przypadkach kolki wątrobowej oraz kolki nerkowej stosujemy tylko gorące okłady i kąpiele. W przypadkach bólów lędźwiowych, w niektórych schorzeniach nerkowych autorowie

stosują gorące natryski na okolicę lędźwiową. W niektórych przypadkach enteritis i colitis obok gorących okładów dobre wyniki daje gorąca kąpiel i łagodny natrysk podwodny. W zapaleniach pęcherza moczowego należy stosować gorące okłady. W gastralgjach dobrze robią choremu gorące natryski na okolicę nadbrzucha lub też ogólna kąpiel na 38° C., ochładzana pod koniec zabiegu na 29°.

Leczenie bólów jamy brzusznej zapomocą gorących naświetlań i promieni czerwonych, stosowanych miejscowo. (Traitement des algies viscérales de l'abdomen par les irradiations locales de chaleur et de lumière rouge). A. Antoine.

Autor podaje, że obok rozmaitych czynników fizycznych stosowanych miejscowo a działających leczniczo, jak woda zimna i gorąca, kataplazmy, visicatoire'y, lód, promienie słoneczne, pozafjołkowe, diatermja, promienie Roentgena i t. p. od lat dziesięciu stosuje przedewszystkiem fototerapję w szczególności zaś wpływ światła czerwonego i niebieskiego w przebiegu cierpień narządów jamy brzusznej, połączonych z bólami. Jedyne przeciwskazanie stanowi zapalenie wyrostka robaczkowego. Dla łatwiejszego stosowania powyższego światła, autor wynalazł przyrząd, który przedstawia się, jako skrzynka z materjału dość lekkiego i źle przewodzącego ciepło. Wewnątrz tej skrzynki umieszczona jest węglowa żarówka na 32 świece a szkło tej żarówki jest zabarwione na kolor niebieski względnie czerwony. Na zewnątrz skrzynki znajduje się mały rheostat, który można załączyć do zwykłego prądu miejskiego; żarówka węglowa wytwarza gorąco i zarazem wysyła promienie czerwone lub niebieskie. Podczas zabiegu chory może sam, bez obcej pomocy regulować natężenie prądu a zatem nasilenie światła i ciepła. Naogół stosuje się dziennie dwa seanse przez 10 do 15 minut. Liczbę dziennych seansów można oczywiście zwiększać. Gorąco wewnątrz skrzynki doprowadzić należy do 80 lub 90° C, co daje się osiągnąć w przeciągu 2 minut. Po naświetlaniu chory powinien zostać w łóżku, ciepło okryty.

Stosowanie powyższego zabiegu wywołuje po pewnym czasie typową pigmentację skóry; podczas zabiegu poty miejscowe występują dość często, bóle ustępują szybko, nieraz podczas naświetlania. Silniejsze działanie posiadają naświetlania zapomocą promieni czerwonych, dlatego u osób wrażliwych, przez pierwsze 8 do 10 dni, zaleca się naświetlania światłem niebieskiem a dopiero potem czerwonem.

Korzystne wyniki miejscowe otrzymywał autor w przypadkach bolesnych blizn pooperacyjnych oraz bolesnych nacieków skórnych. Wpływ ogólny zaznaczył się euforją, powrotem sił i apetytu, przyczem waga ciała wzmagała się oraz trawienie ulegało polepszeniu. Nierzadko wzmagała się liczba czerwonych ciałek krwi a ewentualnie zaburzony stosunek w układzie ciałek białych wracał do normy.

Wskazania do stosowania powyższych zabiegów są następujące: bolesne zrosty pooperacyjne, zrosty okolic pęcherzyka żółciowego, dwunastnicy i wyrostka robaczkowego. Z korzyścią też można stosować powyższe naświetlania w przekrwieniu wątroby oraz w cierpieniach dróg żółciowych, następnie w chorobach kobiecych, w chorobach rozmaitych odcinków jelita grubego, w przewlekłych zaparciach oraz w bólach pochodzenia gośćcowego.

Tłumaczenie działania promieni niebieskich, czerwonych i pozaczerwonych w zwalczaniu objawów bólowych jest dotychczas niemożliwe.

Wskazania i wyniki leczenia diatermją bólów jamy brzusznej. (La diathermie dans la douleur abdominale, ses indications, ses résultats). J. Aimard.

Jak wiadomo, diatermja wywołuje rozszerzenie naczyń i wzmaga te właściwości krwi, które służą obronie ustroju. Nadto zapomocą diatermji można uzyskać ukojenie bólów i zwolnienie stanów skurczowych. Ten skutek otrzymuje się w diatermji dzięki właściwości prądów elektrycznych o wysokiej częstotliwości, które zdążając z jednej elektrody ku drugiej wywołują ciepło w tym odcinku ciała, który leży między elektrodami. W ostatnich czasach diatermję stosuje się w tak szerokiej mierze, że nic niema w tem dziwnego, gdy tu i ówdzie słyszymy nie tylko o braku dodatnich skutków leczenia diatermją, ale nawet wprost o szkodach, jakie ten zabieg wyrządził. Jakkolwiek diatermja nadaje się do stosowania w bardzo wielu przypadkach, to jednak należy się liczyć także z przeciwwskazaniami. I tak przeciwwskazaną jest diatermja w całym szeregu schorzeń jamy brzusznej, przedewszystkiem zaś w ostrych cierpieniach zapalnych, lub też w cierpieniach, w których istnieją krwotoki czy skłonność do nich. Przeciwwskazaną jest zatem diatermja w ostrych chorobach wątroby, we wrzodach żołądka i dwunastnicy, w raku żołądka, w niektórych dyspepsjach, w przewlekłych zapaleniach trzustki, w chorobach nerek, w ropniu podprzeponowym, w crises gastriques przy wiądzie rdzenia, w zapaleniach wyrostka robaczkowego, w epigastralgjach w chorobie Basedowa, we wszystkich postaciach zapalenia otrzewnej i t. d.

W odróżnieniu od innych sposobów stosowania gorąca, diatermja dostarcza stale wartości kalorycznych coraz się wzmagających i głęboko sięgających. Ciepło powstające w ten sposób w głębi jamy brzusznej jest łagodzone przez to, że unosi je krew, przepływająca w rozszerzonych naczyniach, i roznosi je po całym ustroju, wywołując nieraz obfite poty. Obawa przed zbyt wysokiem gorącem w narządach wewnętrznych przy stosowaniu diatermji jest płonna, gdyż odpowiednio wykonane badania wykazały, że ciepłota w żołądku nie przekracza w tych warunkach 40° C, a ten poziom ciepłoty nigdy nie jest szkodliwy. Należy być ostrożnym jedynie w stosowaniu diatermji u osób bardzo tęgich, ci bowiem często gorzej znoszą ten zabieg, może dzięki temu, że tkanka tłuszczowa jest gorzej unaczyniona. Stosowanie diatermji wywołuje wzmożoną leukocytozę a nadto wpływa kojąco na włókna mięsne i zakończenia nerwowe. Tem należy tłumaczyć n. p. ustępowanie bolesnych kurczów odźwiernika, kolki jelitowej i t. p. Autor wykazał przed szeregiem lat, że diatermja działa nader korzystnie w przypadkach bolesnych schorzeń pęcherzyka żółciowego a nawet w przypadkach kamicy żółciowej.

W ostatnich czasach zwrócono szczególną uwa-

gę na częste tworzenie się zrostów, jako spraw pozapalnych w bezpośredniem otoczeniu przewodu pokarmowego, w szczególności zaś w okolicy pęcherzyka żółciowego, jelita ślepego, esicy i t. d. Te zrosty powstają niezależnie od zabiegów operacyjnych, są bardzo bolesne i pod wielu względami upośledzają czynność przewodu pokarmowego. Stosowanie diatermji w tych przypadkach daje bardzo dobre wyniki. Należy stosować elektrody o jednakowej powierzchni, przy natężeniu prądu 1200 do 1500 miliamperów przyczem poszczególny seans trwa 20 do 30 minut. Autor stosuje zazwyczaj codziennie seansy przez 6 dni a następnie cztery seansy co drugi dzień. W razie konieczności, po trzytygodniowej przerwie, ponawia serję seansów. Statystyka ma wykazywać dodatnie wyniki niemal w 100% przypadków nieoperowanych. W przypadkach bolesnych zrostów pooperacyjnych jamy brzusznej, leczenie diatermją daje również dobre wyniki, choć gorsze od poprzednich. Niekiedy można też równocześnie stostować i naświetlania promieniami pozaczerwonymi. Korzystnem też jest powyższe leczenie w przypadkach zrostów między pęcherzykiem żółciowym a poprzecznicą, leczenie trwa tu jednak dłużej, przyczem nasilenie prądu powinno być wyższe i dochodzić do 2000 miliamperów.

W przypadkach bólów pochodzących ze splotów nerwowych (otaczających tętnicę brzuszną oraz jej rozgałęzienia a zwłaszcza tętnice lędźwiowe) diatermja daje również bardzo dobre wyniki.

Krótko zbierając: diatermję należy stosować w następujących cierpieniach jamy brzusznej: cholecystitis chronica et pericholecystitis; bóle po zabiegach chirurgicznych na pęcherzyku żółciowym; zrosty pozapalne okolicy podwątrobowej; skurcze odźwiernika i dwunastnicy; bolesne zrosty okołodwunastnicze; zrosty pooperacyjne po zabiegach z powodu wrzodów; zrosty pęcherzyka żółciowego z poprzecznicą; colitis adhaesiva; kurcze jelita grubego; zrosty około jelita ślepego i esicy; bóle po zabiegach chirurgicznych na jelitach i wyrostku robaczkowym; plexalgje; coelialgje; bóle splotu słonecznego; parametritis; salpingo-ovaritis; aortitis abdominalis.

W wielu z powyższych cierpień należy stosować 20 do 25 seansów i ewentualnie powtarzać te serje z przerwami trzytygodniowemi. Początkowo należy zawsze stosować słabsze nasilenie prądu. W ewentualnem stosowaniu silniejszych prądów należy się kierować przedewszystkiem wrażliwością i odczynem ustroju. W przerwach między poszczególnymi seansami od szóstego począwszy, autor zaleca stosowanie światła pozaczerwonego.

Anaemia aplastica acuta cryptogenetica. (Anémie aplastique aiguë cryptogenetique). C h. G a n d y i B. B a i z e.
Paris Médical, № 50, r. 1930.

Ze względu na rzadkość tej postaci niedokrwistości, autorowie podają następującą historję choroby:

Chora, lat 45, zgłasza się do szpitala z powodu znacznego osłabienia duszności i bladości. Powyższa choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami biegunką, poczem wystąpiły bóle głowy, krwawienia z dziąseł i szybko wzrastająca bladość powłok.

Badanie wykazuje brak gorączki, brak znacznego wychudzenia i bladość woskową. Wątroba, śledziona niepowiększona, gruczoły chłonne bez zmian, płuca również, tony serca głuche i szmery anemiczne. Odruchy zachowane, mocz bez zmian, a badanie krwi dało następujący obraz: ciałek czerwonych 1,370,000; hemoglobiny 25%; wskaźnik barwny 0,9; leukocytów 3.400, w tem komórek wielojędrzastych obojętnochłonnych 26%, eozynochłonnych 1%, limfocytów 5,6%, jednojądrzastych i przejściowych 17%. Płytek krwi 18.400; osmotyczna odporność krwinek 46 do 34; czas krwawienia 21 minut, czas krzepnienia 13 minut. Skrzep zupełnie niekurczliwy. W całym preparacie zupełnie nie stwierdzono ciałek czerwonych jądrzastych ani myelocytów, nadto nie było też ani poikylocytozy, ani polychromatofilji, ani anizocytozy. Dwa posiewy krwi dały wynik ujemny, badanie w kierunku kiły oraz zimnicy dało wynik ujemny, wykluczono też działanie jadów (n. p. benzol) oraz ciał radioaktywnych. Nie stwierdzono też obecności nowotworu złośliwego i cierpień narządów rodnych. Badanie kału nie wykazało ani obecności krwi, ani też jaj pasorzytów. Wobec powyższego stanu rozpoznano ostrą niedokrwistość aplastyczną o nieznanem pochodzeniu i o złem rokowaniu.

Leczenie polegało na podawaniu wyciągów wątroby oraz samej wątroby, żelaza w dużych dawkach oraz często powtarzanych, niewielkich przetaczaniach krwi (100 do 120 ccm). Mimo powyższego leczenia stan chorej wśród ciągłych wahań oraz występowania krwawień z dziąseł stale się pogarszał. Ciepłota zawsze prawidłowa. Po upływie 2 i pół miesiąca chora zmarła. Badanie sekcyjne nie wykryło przyczyny niedokrwistości; obraz narządów odpowiadał tylko znacznemu stopniowi niedokrwistości. Szpik kostny z kości udowej i żeber był żółty, tłuszczowo zmieniony; pod drobnowidem stwierdzano tylko bardzo rzadkie komórki, przeważnie limfocyty, w niektórych tylko miejscach stwierdzano nieliczne myelocyty i kilka megaloblastów.

W powyższym przypadku uderza ostre wystąpienie niedokrwistości, z objawami osłabienia ogólnego, znacznej bladości i duszności, co widujemy też i w chorobie Biermer'a, lecz w przypadku autorów przebieg był znacznie szybszy. Obraz krwi charakterystyczny a mianowicie szybko postępujące zmniejszanie się liczby krwinek, obniżony wskaźnik barwikowy, leukopenja ze względną limfocytozą, znaczna trombopenja, brak kurczliwości skrzepu i zupełny brak wytwórczości szpiku kostnego. Zależnie od przewagi poszczególnych objawów, opisywano różne postaci omawianej niedokrwistości a mianowicie postać gorączkową, postać krwotoczną i postać embrjonalną, kiedy we krwi można spotkać komórki mononuklearne, zasadochłonne, nie dające się zróżnicować.

Niedokrwistość aplastyczna ostra jest cierpieniem rzadkiem, gdyż Aubertin do r. 1927, znalazł tylko 95 przypadków ogłoszonych w literaturze światowej. W rozpoznaniu różniczkowem należy brać pod uwagę następujące postaci niedokrwistości:

1. Anaemia perniciosa progressiva, typu Biermer'a, która przebiega znacznie wolniej. We krwi stwierdza się postaci młode, jak jądrzaste krwinki, myelocyty, następnie występuje poikilo i anizocytoza oraz polychromatofilja. Skrzep zachowu-

je kurczliwość, hematoblasty są prawidłowe, szpik kostny czerwony. Trudności rozpoznawcze wzrastają tylko wówczas, gdy w tej postaci niedokrwistości wystąpi brak wytwórczości szpiku kostnego a zatem zniknięcie jądrzastych ciałek czerwonych, co pod koniec przebiegu cierpienia czasem się zdarza. Wywiady mogą tutaj dać wyjaśnienie.

2. Leukaemia acuta leukopoenica występuje zawsze z gorączką, oraz z miernem powiększeniem śledziony i gruczołów. Komórki młode trudne do zróżnicowania znajdują się tu jednak zawsze w większej liczbie niż w anaemia aplastica cryptogenetica typu embrjonalnego.

3. Istnieje też postać, zwana anaemia febrilis acuta, w której niedokrwistość dochodzi do znacznego stopnia a gorączka jest wysoka i stała. Nie brak też krwotoków, lecz tej postaci towarzyszy znaczna leukocytoza obojętnochłonna oraz obecność czerwonych krwinek jądrzastych i myelocytów.

4. Agranulocytoza klicznie charakteryzuje się anginą z owrzodzeniami i martwicą oraz ciężkim stanem zakaźnym. Ze krwi znikają nieraz zupełnie granulocyty. W postaci czystej jednak nie spotykamy ani krwotoków ani niedokrwistości. Niestety agranulocytoza przebiega często z objawami zarówno krwotocznymi, jak i z objawami niedokrwistości aplastycznej. Wówczas rozpoznanie może być bardzo trudne.

5. Podobne trudności spotykamy w odróżnieniu anaemia aplastica cryptogenetica od purpura hemorrhagica.

Autor podkreśla, że trudność odróżnienia anaemia aplastica cryptogenetica agranulocytosa i purpura hemorrhagica dowodzi tylko, że stany te są pokrewne a przewaga jednego objawu chorobowego nad drugim wynika jedynie z trojakiej czynności fizjologicznej szpiku kostnego. Szpik kostny bowiem jest źródłem powstawania krwinek czerwonych, granulocytów (komórki wielojądrzaste obojętnochłonne, eozynochłonne i zasadochłonne) oraz trombocytów. Zależnie od tego czy niedomoga szpiku kostnego dotyczy w sposób silniejszy którejkolwiek z powyższych trzech czynności zmienia się obraz chorobowy.

Co sie tyczy przyczyn wywołujących zanik zdolności wytwórczych szpiku kostnego w omawianych postaciach chorobowych — to należy podkreślić, że te przyczyny w wielu przypadkach są znane i różnorodne. I tak istnieją niedokrwistości aplastyczne, powstałe pod wpływem jadów, jak benzol, arsenobenzol lub też pod wpływem ciał promieniotwórczych, jak radium, thorium i promienie Roentgena. Wiemy, że benzol niszczy szczególnie granulocyty a thorium limfocyty. Przypisywano też powstanie niedokrwistości aplastycznej chorobom zakaźnym, ciąży, puerperium a nawet pasorzytom. W wielu jednak przypadkach nie udaje się wykryć przyczyny choroby, w szczególności zaś nie stwierdzano współistnienia endocarditis lenta, przewlekłego zapalenia nerek, helminthiasis, gruźlicy i nowotworów złośliwych, które to cierpienia są raczej przyczync powstania niedokrwistości złośliwej Biermer'a. Również kiła i choroby zakaźne nie wywołują niedokrwistości aplastycznej w tych kryptogenetycznych postaciach. Wreszcie wygłaszano hypotezę o wrodzonej niedomodze szpiku kostnego, być może u osobników z kiłą wrodzoną. Brak jednak dowodów w tym kierunku. Autorowie podkreślają często spotykane biegunki w początkach omawianej choroby i wyrażają przypuszczenie, że wchłanianie się toksyn może wywołać powyższą chorobę u osobników z małowartościowym szpikiem kostnym.

Leczenie niedokrwistości aplastycznej nie dało dotychczas żadnych wyników, szczególniej zaś podawanie wątroby, tak skuteczne w niedokrwistości złośliwej, tu pozostaje bez wpływu. Również opoterapja szpikowa nie dała spodziewanych wyników. Przetaczanie krwi daje tylko przejściowe polepszenie, które można wykorzystać w postaciach niedokrwistości aplastycznej, wyłącznie jednak tam, gdzie jest znana przyczyna choroby i gdzie ją można usunąć (zatrucie benzolem).

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Dane statystyczne, oparte na materjale 42 przypadków przedziurawionych wrzodów żołądka i dwunastnicy, leczonych operacyjnie (Statistique de quarante-deux cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodênum). Wilmoth.

Journ. de Chirurgie XXXVI — № 5, listopad 1930.

Na 42 przypadki, spostrzegane przez autora, 21 — było w wieku od lat 20 do 40, 19 — w wieku od lat 40 do 63. Przedziurawienie wrzodu dotyczyło w 28 przypadkach żołądka (odźwiernik i mała krzywizna), a w 11 — dwunastnicy (część pozioma i przejście części poziomej w zstępującą). Na ogólną liczbę 42 chorych mężczyzn było 39, kobiet — tylko 3. W 29 przypadkach miejsce przedziurawienia znajdowało się w tkankach silnie zbliznowaciałych (ulcus callosum).

Co do objawów klinicznych, to u sześciu chorych przedziurawienie było pierwszym objawem skrycie przebiegającego wrzodu. W przypadkach trudnych pod względem rozpoznawczym autor wysuwa na pierwszy plan następujące trzy objawy, w odróżnieniu głównie od ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego: brak wysokiej gorączki, względnie niewielkie przyśpieszenie tętna (we wczesnych okresach przedziurawienia wrzodu) i wybitne napięcie powiek brzusznych, najwyraźniejsze w nadbrzuszu. W dużej większości przypadków przy operacji stwierdzono w otrzewnej obecność w znacznej ilości płynu (surowiczego, z domieszką żółci, lub ropnego) i gazu.

Wykonanie operacji w ciągu pierwszych 6 godzin od chwili wystąpienia objawów klinicznych dawało 0% śmiertelności, wykonanie operacji po 6 godzinach, ale przed upływem 12 godzin — 45% śmiertelności, po 12 godzinach, ale przed upływem 24 godzin — 35%.

W 13 przypadkach ograniczono się w czasie operacji do obszycia miejsca przedziurawienia (1-2-3 piętra), z następowem pokryciem tego miejsca siecią. Śmiertelność wyniosła 15%. Jest to sposób najprostszy i najszybszy, a więc odpowiada w zupełności dwum kardynalnym warunkom, jakim odpowiadać powinien zabieg, wykonywany z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka, lub dwunastnicy. Operacją z wyboru jest ów sposób we wszystkich tych przypadkach — zdaniem autora — w których są już wyraźne objawy zapalenia otrzewnej. Zastanawiającym jest tutaj fakt, że po takiej operacji dokładnego obszycia miejsca przedziurawienia duża część

chorych została wyleczona ze swego cierpienia zasadniczego na długi przeciąg czasu, jeśli nie na stałe.

W pewnej liczbie przypadków owe obszycie wrzodu — ze względu na następowe znaczne zwężenie odźwiernika, względnie dwunastnicy — trzeba było uzupełnić zespoleniem żołądkowo-jelitowem.

Śmiertelność w tych przypadkach wyniosła 20%. Nie należy nigdy pozostawiać sączków w pobliżu żołądka i dwunastnicy; w razie konieczności sączkowania (obfity wysięk ropiasty), lepiej jest wyprowadzać sączki w okolicy ponadłonowej.

W jednym przypadku autor ograniczył się do pozostawienia w jamie otrzewnowej worka Mikulicza; chory ten zmarł.

Wreszcie trzykrotnie wykonano wycięcie wrzodu, śmiertelność przytem wyniosła 66%.

Późne wyniki leczenia gruźlicy stawów zapomocą wycięcia stawów według Ollier (Enquête sur les résections de l'épaule, de coude, du poignet, du genou, de la hanche et sur les résections tibio — tarsiennes, faites par Ollier). Cunéo, Tiscier, Bérard i Patel.

Lyon Chirurg. XXVII — № 6, listopad — grudzień 1930.

Sposób wycięcia stawów, podany w swoim czasie przez Ollier'a, polega na wycięciu podokostnowem obu końców stawowych kości, z możliwie całkowitem zachowaniem torebki stawowej i pozostałych tkanek przykostnych. W przypadkach gruźlicy, poza tem, po nacięciu podłużnem torebki stawowo-okostnowej, ostrą łyżeczką usuwa się doszczętnie od wewnątrz wszelkie zmienione chorobowo tkanki, możliwie oszczędzając okostną. W związku z uroczystym obchodem stulecia urodzin Ollier'a na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgów Lyońskich, autorowie zebrali cały szereg operowanych w swoim czasie przez Ollier'a przypadków (wycięcie różnych stawów — przeważnie z powodu gruźlicy), i opierając się na długotrwałej ich obserwacji, podają ostateczne wyniki leczenia.

I. Staw barkowy. Z 12 zarejestrowanych przypadków gruźlicy stawu barkowego — czterech zmarło z powodu choroby ubocznej w 20—53 lata po operacji wycięcia stawu. Ośmiu pozostałych przy życiu cieszy się pełnem zdrowiem, miejscowo — wyleczeni zupełnie. Ograniczenie ruchów w nowowytworzonym stawie bywało mniej lub więcej daleko posunięte, jednakże do zupełnego zesztywnienia (zrostu kostnego) nie dochodziło prawie nigdy. Używanie kończyny chorej w życiu codziennem chorego nie było ograniczone w stopniu większym ani przez ograniczenie ruchów, ani też przez osłabienie siły mięśniowej.

II. Staw łokciowy. Wszystkie 55 przypadków dotyczyły osobników dorosłych. Śmiertelność pooperacyjna = 0. We wszystkich przypadkach ranę sączkowano i unieruchamiano kończynę w opatrunku gipsowym na długi okres czasu. Począwszy od 10 dnia wyjmowano kończynę z gipsu dla wykonywania ruchów w chorym stawie. W 50% otrzymane wyniki były bardzo dobre — ruchomość prawidłowa i siła mięśniowa zmniejszone tylko do ¾. W 28% wyniki były dobre — ruchomość i siła mięśniowa zredukowane do połowy, ruchy boczne niewielkie. W 12% wyniki niezłe — ruchomość, względnie siła mięśniowa poniżej ⅓. Wreszcie w 10% — wyniki złe — zupełne zesztywnienie lub staw cepowaty.

III. Staw napięstkowy. We wszystkich 28 przypadkach, co do których udało się zebrać odpowiednie dane, zabieg polegał na wycięciu całego napięstka wraz z nasadami kości przedramienia i podstawami kości śródręcza, dokonanem z 3 cięć: po stronie grzbietowej, łokciowej i promieniowej (do sączkowania). Z nich 14 zmarło, u pozostałych 14 wyniki ostateczne były naogół dobre. Ruchy napięstka — ograniczone (zwłaszcza zgięcie grzbietowe), ruchy palców — prawidłowe, jedynie tylko siła chwytna palców była nieco ograniczona. Ustawienie kończyny — bez znaczniejszych odchyleń.

Ostateczny wynik pooperacyjny zależy tutaj w pierwszym rzędzie od bardzo drobiazgowo i pilnie prowadzonego leczenia pooperacyjnego (ortopedycznego).

IV. Staw kolanowy. Ollier wykonał koło 200 operacyj wycięcia stawu kolanowego. Osobników bardzo młodych zasadniczo starał się nie operować, w ostateczności — ograniczał wycięcie końców stawowych do minimum, możliwie oszczędzając chrząstki nasadowe. Zabieg ma na celu wytworzenie mocnego zrostu kostnego w miejscu stawu. Po operacji unieruchomienie kończyny trwa długo; pierwszy opatrunek (sączkuje się z reguły) wykonuje się po 45 dniach. Skrócenie kończyny wynosiło 4—8 cm., zaniki mięśniowe — znaczne, ustawienie prawidłowe (zgięcie pod 170°). Wyniki czynnościowe — dobry.

V. Staw biodrowy. Operacyj wycięcia stawu biodrowego wykonał Ollier 87. Jest to zabieg naogół znacznie cięższy od poprzednich, dlatego też należy wskazania doń ograniczać na korzyść leczenia zachowawczego. Ollier wykonywał wycięcie tylko w przypadkach obfitego ropienia, obecności przetok, obumarcia głowy kości udowej, przedziurawienia dna panewki i t. p.

Dokładniejsze szczegóły udało się zebrać co do 19 chorych. Wyniki ostateczne były dobre, chodzenie, względnie swobodne. Zesztywnienie w miejscu stawu było zupełne, w ustawieniu naogół prawidłowem (lekkie zgięcie, nieznaczne przywiedzenie, odwiedzenie).

VI. Staw goleniowo-napiętkowy i stawy stępu. Zabieg polegał najczęściej na wycięciu kości napiętkowej, a poza tem — kości piętowej, łódkowatej, sześcianowatej, klinowatych i nasad kości goleni. Kształt stopy w większości przypadków prawidłowy, ruchy mało ograniczone, chodzenie swobodne.

Przyczynek do oceny późnych wyników leczenia gruźlicy kości piętowej zapomocą jej wycięcia (Les résultats éloignés de la résection du calcanéum dans la tuberculose). Pouret.

Revue d'Orthopédie XVII — № 6, listopad 1930.

Autor miał sposobność spostrzegania chorej, która miała wyciętą przed 39 laty schorzałą gruźliczo kość piętową (Ollier).

Zniekształcenie stopy niezbyt znaczne, pięta lekko zarysowana, chodzenie swobodne (do 5—10 km.) — w obuwiu zwykłem, wchodzenie i schodze-

nie ze schodów nieco utrudnione ze względu na osłabienie prostowników stopy, bieganie — utrudnione. Chora nie odczuwa absolutnie żadnych sensacyj bólowych, czuje się wogóle zdrową.

W związku z przypadkiem tym autor zaznacza, że po operacji wycięcia podokostnego kości piętowej jest możliwe mniej lub więcej rozległe odrodzenie się kości usuniętej, wytwarza się— jak w przypadku przytoczonym — nowa mała kość piętowa, która zapewnia ciągłość anatomiczną między ścięgnem Achillesa, a kością sześcianowatą. Skrócenie tej nowowytworzonej kości na wysokość (w porównaniu z prawidłową kością piętową) nie ma większego znaczenia dla czynności stopy, ale skrócenie jej na długość powoduje skrócenie ramienia dźwigni piętowej (odległość od miejsca przyczepu ścięgna Achillesa do kości sześcianowatej), co zkolei pociąga za sobą zmniejszenie efektu oddziaływania mięśnia trójgłowego łydki na przednią połowę stopy. Owe osłabienie przedniej połowy stopy jest jedynem poważniejszem zaburzeniem czynnościowem kończyny, na jakie skarżą się chorzy po operacji wycięcia kości piętowej.
Odrodzeniu się kości piętowej — po jej wyjęciu — sprzyjają: młody wiek, pozostawienie zupełne, jak najmniej uszkodzonej okostnej, ewentualnie z przylegającą do niej cieniutką warstewką istoty korowej, i niezbyt rozległe zajęcie okostnej przez proces gruźliczy.

Pierwotnie przewlekłe zapalenie szpiku kostnego pochodzenia gronkowcowego (Ostéomyélite chronique d'emblée due á staphylocoque doré). Lombard.
Revue d'Orthopédie XVII — № 6, listopad 1930.

Pierwotnie przewlekłe zapalenie szpiku kostnego, powstałe na tle zakażenia gronkowcem złocistym, jest naogół schorzeniem rzadkiem. Zaczyna się i przebiega skrycie, bez bólów, zaburzenia czynności kończyny, bez gorączki. Autor spostrzegał niedawno jeden tego rodzaju przypadek, w którym chory, chłopiec 14-letni, zgłosił się do lekarza z powodu powoli nasilającego się utrudnienia w zginaniu kolana. Badanie przedmiotowe wykazało: ogólne wychudzenie, stan podgorączkowy (poniżej 37,5°), zgrubienie dolnego końca przynasadowego kości udowej, nacieczenie zapalne tkanek przykostnych, zupełnie na ucisk niebolesne, i nieznaczne ograniczenie ruchów w stawie kolanowym. Zdjęcie rentgenowskie wykazało cały szereg okrągłych wyjaśnień dolnego końca przynasadowego trzonu, ubytki zewnętrznej warstwy istoty korowej, lekkie zgrubienie całej kości na tym poziomie i nieznaczne bujanie okostnowe.

Badanie morfologiczne krwi wykazało 19.000 białych ciałek (73% wielojędrzastych). Odczyn Wasserwanna ze krwi — ujemny.

Cały ten obraz kliniczny przemawiał raczej za nowotworem, niż za zapaleniem szpiku kostnego.

W czasie operacji, po odsłonięciu jamy szpikowej okazało się, że była ona wypełniona masą żółtawo-zielonkawą, przypominającą ziarninę zmieńioną, tylko dosyć twardą, i poza tem znaleziono jeden mały martwaczek; nawet na ślad płynnej ropy nigdzie nie natrafiono. Ostrą łyżeczką usunięto wszystkie chorobowo zmienione tkanki w kanale szpikowym, poczem ranę zaszyto doszczętnie. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zagojona prawie całkowicie rychłozrostem. Liczne posiewy, pobrane z jamy szpikowej, na rozmaitego rodzaju pożywkach wykazały, zgodnie obecność czystej hodowli gronkowca złocistego.

Uwagi w sprawie późnej krzywicy (Note sur le rachitisme tardif). Pouzet.
Revue d'Orthopédie XVII — № 6, listopad 1930.

Krzywica późna czyli występująca dopiero w okresie drugiego dzieciństwa (6—13 lat), u dzieci, które dotychczas na krzywicę wcale nie cierpiały, jest naogół schorzeniem rzadkiem. Zjawia się ona najczęściej w wieku 10—13 lat, prawie wyłącznie u dziewczynek. Klinicznie znajdujemy zgrubienie końców kości długich, które bywają siedliskiem bólów przy ruchach, dłuższem chodzeniu i staniu. Nierzadko przychodzi do skutku, z powodu rozmiękczenia kości, zniekształcenie kończyn dolnych (genu valgum), rzadziej górnych. Rentgenologicznie widzimy zmiany ze strony chrząstek nasadowych i końców przynasadowych trzonów, charakterystyczne dla zwykłej krzywicy.

Choroba, po swem ustąpieniu, zmian trwałych w układzie kostnym naogół nie pozostawia, jedynie tylko kłykcie kości udowej zostają na stałe skrócone, jakby zgniecione w kierunku z góry na dół.

Przebieg kliniczny bywa rozmaity, od paru miesięcy do kilku lat; obok zmian kostnych występuje również zwiotczenie więzadeł (stopa płaska). Choroba odbija się z czasem na długości ciała chorych dzieci, które już do końca swego rozwoju fizycznego pozostają wzrostu niskiego.

W etjologji późnej krzywicy grają rolę przedewszystkiem pewne zaburzenia wydzielania wewnętrznego, które z kolei mogą być następstwem działania różnych czynników chorobotwórczych jak niewłaściwe odżywianie, kiła i inne.

Przyczynek do powstawania i leczenia przetok dwunastniczych (A propos des fistules duodénales). Murard.
Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie № 34, grudzień 1930.

Rozróżniamy przetoki dwunastnicze samoistne, to jest będące następstwem przedziurawienia dwunastnicy przez proces, toczący się w jej ścianie, lub otwarcia jej operacyjnego, i pooperacyjne — po operacjach wskutek wrzodu żołądka lub dwunastnicy (rozejście się szwów, obumarcie ściany dwunastniczej wskutek ucisku sączków). W związku z powstawaniem przetok pooperacyjnych autor jest bezwzględnym przeciwnikiem pozostawiania w jamie otrzewnowej sączków gumowych (loco operationis) i zwolennikiem stosowania zamiast nich wyłącznie sączków gazowych.

W ogromnej większości przypadków owe przetoki dwunastnicze — o ile chory nie zmarł w pierwszych dniach od zapalenia otrzewnej — ulegają samoistnemu zagojeniu się w ciągu paru tygodni. W pewnej liczbie przypadków przedziurawienia dwunastnicy zaszycie otworu w jej ścianie jest ze względów technicznych (ulcus callosum) niemożliwe; można się ograniczyć w tych razach do sączkowania miejsca przedziurawienia pasami gazy, powstałe po tem przetoki dwunastnicze goją się również dobrze. Tam, gdzie przetoka nie wykazu-

je tendencji gojenia się, należy się uciec do leczenia operacyjnego. Operacja polega albo na wyłączeniu odźwiernika z następowem zespoleniem żołądkowo-jelitowem (sposób pośredni), albo też na wycięciu przetoki i zaszyciu otworu w dwunastnicy (sposób bezpośredni). Pierwszy sposób będzie wskazany raczej w przetokach tylnej ściany dwunastnicy, ten drugi — w przetokach przedniej jej ściany.

Usunięcie operacyjne skrzepliny z tętnicy udowej, uwieńczone pomyślnym skutkiem (Embolectomie de la fémorale commune suivie de succès). B e r n a r d.
Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie № 34, grudzień 1930.

Chora, cierpiąca na zapalenie wsierdzia i zwężenie lewego ujścia żylnego (stenosis mitralis), nagle poczuła pewnego razu silny ból w środkowej części uda, wystąpiło zdrętwienie całej kończyny, znieczulenie na dotyk i porażenie czynne do kolana włącznie. Skóra na kończynie — bladosina, chłodna, brak tętna na tętnicy grzbietowej stopy i na tętnicy podkolanowej; wahania oscyllometryczne, badane przyrządem Pachona, urywają się już na granicy górnej i środkowej trzeciej części. Ciśnienie tętnicze, mierzone na tętnicy ramieniowej, które poprzedniego dnia wynosiło 130 mm., obecnie wzrosło do 190 mm. W 6 godzin od wystąpienia pierwszych objawów wykonano operację, która polegała na odsłonieniu tętnicy udowej w okolicy trójkąta Scarpy, nacięciu jej ściany i wyjęciu skrzepliny długości 3 cm., zamykającej jej światło powyżej odejścia tętnicy udowej głębokiej. Otwór w tętnicy zaszyto w sposób typowy.

Po operacji kończyna zaróżowiła się nieco, ale była w dalszym ciągu chłodniejsza, niż po stronie zdrowej, i wahań oscyllometrycznych również nie było. Dopiero w ciągu najbliższych dni ciepłota kończyny chorej zrównała się z ciepłotą po stronie przeciwnej, zaczęły wracać ruchy czynne i, wreszcie, zjawiły się wahania oscyllometryczne, zpoczątku bardzo słabe i powoli wracało czucie. Ósmego dnia chora zaczęła chodzić.

W związku z przypadkiem tym nasuwają się następujące uwagi. Rozpoznanie zatoru tętnicy jest naogół łatwe i wypływa poprostu z tego, co chory sam opowiada. Oscyllometrja potwierdza je i pozwala na określenie w przybliżeniu umiejscowienia skrzepliny. Należy tu podkreślić szybkie wystąpienie (w 2 godziny od powstania zatoru) i długotrwałe utrzymywanie się (do 2 miesięcy) zaburzeń czucia kończyny chorej. Zwraca również uwagę nagły wzrost ciśnienia tętniczego, co jest prawdopodobnie następstwem raptownego zmniejszenia łożyska tętniczego. Uporczywym i trudnym do zwalczenia objawem jest przykurcz wskutek niedokrwienia mięśnia trójgłowego łydki (pes equinus), który szybko ulega zwyrodnieniu tkankołącznowemu i zbliznowaceniu.

Po operacji usunięcia skrzepliny z tętnicy krążenie w kończynie wyrównuje się całkowicie bynajmniej nie zawsze, gdyż mogą powstać liczne wtórne zatory w tętnicach bardziej obwodowo położonych, ewentualnie może w nich dojść do procesów zakrzepowych. Wczesne wykonanie zabiegu jakkolwiek zmniejsza możliwość wystąpienia tego rodzaju powikłania, ale bynajmniej nie zabezpiecza przed niem.

Dlatego też wyniki operacyj usunięcia skrzepliny z tętnicy nie są wcale tak doskonałe, jakby się można było a priori tego spodziewać; a przynajmniej te pełne, dobre wyniki są naogół rzadkie.

Przejściowe zwężenie otworu zespoleniowego w zespoleniach żołądkowo-jelitowych, natury dobrotliwej (Les sténoses transitoires bénignes des bouches de gastro-entérostomie). P u t t m a n n i J a h i e l.
La Presse Méd. № 4, styczeń 1931.

Mówiąc o zwężeniu otworu zespoleniowego, ma się zwykle na myśli zwężenie o r g a n i c z n e, wywołane przez nowy wrzód trawienny tej okolicy lub też proces zapalno-zrostowy, toczący się na otrzewnej dookoła otworu zespoleniowego. Tego rodzaju zwężenia nie poddają się leczeniu wewnętrznemu i dają wskazanie do powtórnej operacji.

W przeciwieństwie do nich, zdarzają się zwężenia otworu zespoleniowego natury czynnościowej, dobrotliwej, które łatwo i szybko ustępują pod wpływem odpowiedniej diety i środków farmakologicznych. Przyczyną tego zwężenia bywa albo obrzmienie zapalne brzegów otworu zespoleniowego (gastro-jejunitis), albo też jego skurcz. Leczenie będzie tutaj polegało na zaleceniu ścisłej diety, z ewentualnemi płókaniami żołądka, i wstrzykiwaniach podskórnych atropiny, począwszy od ¼ mg., a skończywszy na 1—2 mg. Zamiast wstrzykiwania atropiny, w przypadkach łagodnych można podawać Tinct. Belladonnae.

Zwykle już po paru dniach bóle i wymioty ustępują zupełnie, a prześwietlenie rentgenowskie, które przed tem wykazywało zupełne niefunkcjonowanie otworu zespoleniowego — obecnie stwierdza swobodne przechodzenie papki kontrastowej z żołądka do zespolonej z nim pętli jelitowej.

Utrudnienia w oddawaniu moczu, będące następstwem zmian w szyi pęcherza moczowego (La dysectasie du col vesical). L e g u e u i D o s s o t.
La Presse Méd. № 4, styczeń 1931.

Na prawidłowy mechanizm oddawania moczu składaja się: skurcz mięśniówki pęcherza moczowego i rozwarcie się jego szyi. Przy wypadnięciu jednego z tych czynników przychodzi do skutku zatrzymanie moczu (retentio). Porażenie pęcherza moczowego bywa następstwem wyłącznie zaburzeń układu nerwowego, i dlatego też należy do dziedziny chorób nerwowych. Autorowie zaś w pracy niniejszej zajmują się tylko tym drugim czynnikiem, to jest „n i e r o z w i e r a n i e m s i ę s z y i p ę c h e r z a m o c z o w e g o".

Przyczyny tego nierozwierania się mogą być anatomiczne, lub nerwowe.

Przyczyny anatomiczne. I. G u z g r u c z o ł u k r o k o w e g o — dobrotliwy (tak zwany przerost sterczu) i złośliwy (rak). Przerost sterczu jest najczęstszą przyczyną zatrzymania moczu wskutek nierozwierania się szyi pęcherza, przyczem głównym czynnikiem działającym nie jest tu bynajmniej sam guz zatykający mechanicznie ujście cewki do pęcherza, a raczej zmiany w samej szyi. Niema równoległości między nasile-

niem zaburzeń w oddawaniu moczu a wielkością guza. Bywają guzy sterczu tak małe (nie wyłączając zraza pośrodkowego), że gruczoł krokowy wydaje się być wielkości prawidłowej, a jednak zatrzymanie moczu jest zupełne; i odwrotnie — czasami guzy olbrzymie powodują bardzo nieznaczne utrudnienia w oddawaniu moczu. Jeśli się uwzględni, jak swobodnie oddają mocz niektórzy chorzy, cierpiący, na zwężenie cewki, u których zledwością udaje się wprowadzić do pęcherza zgłębnik nitkowaty, to doprawdy trudno jest uwierzyć, żeby w przypadkach guza sterczu przyczyną zatrzymania moczu było zwężenie światła szyi pęcherza, przy którem bez trudności nieraz udaje się wprowadzić dość gruby cewnik. Przyczyną tutaj musi być coś innego. Jest niem utrata elastyczności, podatności szyi pęcherza wskutek powstałych w jej ścianie zmian anatomohistologicznych; szyja ta staje się jakby sztywna i porażona.

To samo, mniej więcej, co o guzie dobrotliwym sterczu, można powiedzieć i o raku.

II. Zakażenie (zapalenie) gruczołu krokowego. Wszelkie zmiany zapalne w zakresie szyi pęcherza moczowego mogą spowodować zatrzymanie moczu wskutek jej „nierozwierania się". Charakterystycznem jest, że we wczesnym okresie ropni sterczu owe trudności oddawania moczu są znacznie więcej zaznaczone, niż w okresie późnym, kiedy ropień w kształcie guza uwypukla się do światła cewki, względnie prostnicy. Do zatrzymania moczu dochodzi również w przewlekłych zapaleniach szyi pęcherza zapalenie przewlekłe tylnej cewki, sterczu); wyłuszczenie operacyjne szyi pęcherza w tych przypadkach prowadzi pewnie do wyleczenia z zatrzymywania moczu. Badanie drobnowidzowe części usuniętych wykazuje tutaj: nacieczenie drobnokomórkowe śluzówki, zbliznowacenie błony podśluzowej i zwyrodnienie tkankołącznowe zwieracza gładkiego (z zanikiem poszczególnych włókien mięsnych).

Przyczyny nerwowe nierozwierania się szyi pęcherza. I. Zaburzenia nerwowe pochodzenia miejscowego (szyja pęcherza, cewka) — ma tutaj miejsce odruchowe zahamowanie rozwarcia się szyi, przez wzmożenie napięcia lub poprostu skurcz gładkiego zwieracza pęcherza. Spotykamy się z tem po forsownem rozszerzaniu cewki, po wziernikowaniu pęcherza, kruszeniu kamieni. Zaburzenia te nagle zwykle występują i naogół szybko ustępują bez śladu.

II. Zaburzenia nerwowe, mające punkt wyjścia z sąsiedztwa — zwykle przychodzą do skutku po operacjach w zakresie małej miednicy, np. po operacji guzów krwawnicowych, pęknięcia odbytu (fissura ani), po wycięciu wyrostka robaczkowego, operacji przepukliny pachwinowej i udowej i t. p. Zatrzymanie moczu trwa tutaj 1—2 dni i mija bez śladu, ale w niektórych rzadkich przypadkach utrzymuje się latami.

III. Zaburzenia nerwowe pochodzenia ośrodkowego. Zatrzymanie moczu w przebiegu chorób rdzenia najczęściej ma za przyczynę porażenie mięśniówki pęcherza; ale w niektórych przypadkach wiądu rdzenia, rozszczepienia kręgosłupa (spina bifida), po wstrzyknięciu dordzeniowem środków leczniczych przyczyną zatrzymywania moczu bywa nierozszerzanie się szyi pęcherza, czego dowodzi chociażby pomyślny wynik leczniczy jej wyjęcia operacyjnego w tego rodzaju przypadkach.

Autorowie wykonali taki zabieg u chorej na kiłę mózgu i rdzenia — zatrzymanie moczu ustąpiło, całkowicie i trwale.

Na zakończenie należy zaznaczyć jeszcze raz, że we wszelkich przypadkach utrudnienia w oddawaniu moczu, których przyczyną jest „nierozwieranie się" szyi pęcherza, wskazanem jest operacyjne wyłuszczenie tej szyi, gdyż prowadzi do celu bez porównania szybciej i pewniej, niż wszelkiego rodzaju forsowne jej rozszerzania.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE

Złamanie czaszki i ostre zapalenie opon miękkich. Dervieux i Szumlański.
Paris Médical. 1930. № 46, str. 444.

Niezawsze przypadki urazu czaszki, nie dające bezpośrednich objawów, przechodzą bez komplikacji. Zdarza się, że w kilka tygodni występuje zapalenie opon mózgowych z zejściem śmiertelnem. Badanie pośmiertne niezawsze stwierdza złamanie podstawy czaszki. W takich przypadkach możnaby przypuszczać istnienie rysy w okolicy blaszki sitowej. Zakażenie idzie z tylnej jamy nosowej. Ztąd wskazanie w nieznacznych nawet urazach czaszki, chwilowo bez objawów mózgowych, żeby odrazu zastosować dokładne odkażenie wszystkich jam nosowych.

Bordier'a sposób leczenia porażeń dziecięcych. Manuel i Arce.
Paris Médical 1930. № 50, str. 517.

Sposób leczenia porażeń dziecięcych, podany przez Bordier'a, zasadza się na stosowaniu promieni Rentgena, diatermji i elektryzacji.

Promienie Rentgena nie działają bakterjobójczo, bo należałoby użyć o wiele silniejszych dawek, szkodliwych dla organizmu, rozpędzają obrzęk zapalny i nacieki, w okresie późniejszym choroby działają pobudzająco na niezupełnie zamarłe komórki nerwowe. Należy zacząć stosować je zaraz po okresie ostrym.

Diatermja rozszerza naczynia, ożywia krążenie krwi i w ten sposób podnosi ciepłotę tkanek. Pod wpływem diatermji odżywianie porażonych kończyn jest tak samo dobre jak zdrowych, zaniki zmniejszają się, kończyny rosną lepiej. Należy dążyć do jak najwcześniejszego zastosowania diatermji, t. j. trzebaby stosować bezpośrednio po okresie ostrym, codziennie, przynajmniej w ciągu 2 miesięcy.

Elektryzację należy rozpocząć przed utworzeniem się ostatecznych zaników. Zaczynamy ją w 2 lub 3 miesiące od początku choroby, t. j. w tym okresie mniej więcej, gdy udało się zapomocą promieni Rentgena i diatermji otrzymać normalną ciepłotę kończyn chorej. Proponowano różne rodzaje prądów. Prąd stały przerywany rytmicznie najlepiej nadaje się dla małych pacjentów.

Gruźlica i otępienie wczesne. Zaburzenia psychiczne w okresie nieczynnym i zwiastunowym gruźlicy. H. Claude i H. Baruk.
Paris Médical. 1930. № 52, str. 571.

Gruźlica nie jest wyłącznie cierpieniem miejscowem, zależnem od działania prątka Kocha, bardzo szeroki jest zakres działania toksyn gruźliczych. Działając na układ nerwowy wywołują one liczne zaburzenia nerwowe i umysłowe, począwszy od zmian charakteru, kończąc napadami splątania. Zasługuje na uwagę, że raczej w okresie nieczynnym i zwiastunowym gruźlica zatruwa toksynami mózg i staje się jedną z przyczyn otępienia wczesnego.

Wybujanie nerwowe w zapaleniu przewlekłem. M. Favre i J. Dechaume.
Le journal de Médicine de Lyon. 1930. № 263, str. 721.

W zapaleniach przewlekłych trzustki i wątroby występują wybujania włókien nerwowych o typie nerwiaków odrodczych, przypominających nerwiaki poamputacyjne nerwów obwodowych lub pooperacyjne nerwiaki sympatyczne w bliznach. Może mają związek z powstawaniem raków. Poza tem tworzą one jakby zadziory w tkance schorzałej, mogą zmienić funkcje pozostałego miąższu, mogą wywoływać zaburzenia bólowe na odległość, mogą działać odruchowo.

Skurcz twarzowy obustronny Sicarda. H. Roger i A. Cremieux.
Presse Médicale. 1930. № 100, str. 1697.

W 1925 r. *Sicard* wraz ze swoim uczniem *Hagueneau* wyodrębnił zespół zasadzający się na stałych skurczach mięśni twarzy, mianowicie czoła, powiek, policzków, nosa, warg i podbródka. Potem opisane zostały jeszcze 3 przypadki. Autorowie podają jeden własny: skurcze obejmują te mięśnie twarzy, które zwykły działać równocześnie, są obustronne, trwają całemi dniami, znikają we śnie, zmęczenie i wzruszenie potęgują je, odpoczynek i pozycja leżąca uspakaja. Zdarza się, że skurcze obejmują również język i mięśnie gardzielowe.

Choroba zaczyna się zwykle od skurczu powiek, wyjątkowo od skurczu mięśni warg i gardła. Etjologja jest nieznana. Zastanawiającym jest wiek podeszły chorych, wobec czego miażdżyca naczyń może być czynnikiem wywołującym, w rzadkich przypadkach, zdarzających się w młodym wieku, nie wykluczona jest możliwość nagminnego zapalenia mózgu. Przecięcie poszczególnych gałązek nerwu twarzowego lub nawet samego pnia daje wyniki lecznicze niestałe. Prawdopodobnie *(Sicard)* pobudzenia ruchowe mogą poza nerwem twarzowym przedostawać się przez nerw sympatyczny obwodowy i szyjny. Inne zabiegi lecznicze pozostają bez wpływu.

Zespół Parinaud'a i połowicze porażenie prawostronne. H. Schaeffer.
Presse Médicale. 1930. № 100, str. 1707.

Zespół *Parinaud'a* zasadza się na porażeniu spojrzenia w kierunku osi pionowej, t. j. do góry i na dół. U 61-letniej kobiety obserwowano połowicze porażenie prawostronne, zniesienie czucia bólowego i cieplnego i osłabienie dotykowego na górnej części prawej połowy ciała aż do III odcinka piersiowego, z tej samej strony zniesienie czucia głębokiego w palcach, osłabienie w stawie garstkowym i zupełną astereognozję dłoni, nieznaczne subjektywne zaburzenia czuciowe, wzmożenie odruchów ścięgnistych obustronne. Poza tem zaraz po udarze wystąpiło porażenie spojrzenia ku górze, nieznaczny niedowład zbieżności. Po stronie lewej istnieje wyraźna dyssocjacja między ruchami gałek ku górze dowolnymi i odruchowymi.

Porażenie połowicze i zespół Parinaud zależą od jednej i tej samej przyczyny, t. j. wylewu krwawego lub rozmiękczenia. Ognisko chorobowe leży między szypułą mózgową i wzgórzem wzrokowem, t. j. w okolicy podwzgórzowej lewej.

Zapisywanie zmian ciśnienia płynu mózgowordzennego. M. Loeper, A. Lemaire i J. Patel.
Presse Médicale. 1930. № 103, str. 1762.

Aparat składa się z rurki szklanej w kształcie U o wewnętrznej średnicy nie większej od 4 mm, wobec czego 1 cm^3 wody zajmuje 6 cm rurki. Walcowaty pływak jest wysokości 8 cm. Górny jego koniec połączony jest sztywną słomką z piórem poruszającem się w płaszczyźnie ściśle pionowej. Każda zmiana notowana z wielką dokładnością na walcu zapisującym odpowiada zmianie ciśnienia płynu w cm. wody.

Etjologja ostrego rozsianego zapalenia rdzenia. L. Van Bogaert i J. Baeten.
Presse Médicale. 1930. № 103, str. 1770.

Rozsiane zapalenie rdzenia występuje w 2 postaciach, jako poprzeczne zajęcie rdzenia kręgowego i jako postać Brown Sequard'owska i ma cechy następujące. Zaczyna się nagle, w kilka dni lub nawet kilka godzin z małą gorączką i umiarkowaną leukocytozą wielojądrzastą, nie rzadko zupełnie bez gorączki. Z początku występują silne bóle w kończynach górnych, brzuchu, kręgosłupie, które znikają z chwilą, gdy występują objawy rdzeniowe. W płynie mózgordzeniowym lekkie wzmożenie ilości białka i liczby ciałek, odczyn benzoesowy słabo porażeniowy. Cierpienie kończy się prawie zupełnem lub zupełnem wyzdrowieniem, rekonwalescencja może trwać do roku.

Ostre zapalenie rdzenia rozsiane nie należy łączyć ani z chorobą Heine-Medina, ani z rozsianem stwardnieniem mózgu i rdzenia.

Z. Messing.

CHOROBY KOBIECE

Wyniki leczenia rzucawki porodowej z zastosowaniem porad telefonicznych. (Les résultats du traitement de l'éclampsie avec consultation par téléphone). Stroganoff B.
Gynécologié et Obstétrique T. XXII, N 5, 1930.

Metoda zachowawcza w leczeniu rzucawki porodowej, t. zw. metoda Stroganoffa opiera się na następujących głównych zasadach: 1) duże dawki narkotyków, morfiny, wodzianu chloralu, chloroformu, veronalu i t. d., 2) upust krwi i infuzja

rozczynu fizjologicznego soli, 3) zapewnienie chorej spokoju zewnętrznego, 4) łagodne rozwiązanie rodzącej, 5) tlen i świeże powietrze do oddychania. Przeprowadzenie powyższego leczenia bynajmniej łatwe nie jest i wymaga obok starannej opieki ze strony dobrze wykwalifikowanego i zaopatrzonego personelu — przedewszystkiem wytrawnego kierownika lekarskiego. Stroganoff, autor metody, podkreśla to w swoim artykule, opierając się zresztą na statystykach, które lepiej wypadły przy jego osobistem kierownictwie, niż w rękach innych naśladujących go lekarzy.

Pragnąc rozszerzyć możliwość swej osobistej ingerencji autor od r. 1925 udziela rad przez telefon w sprawie prowadzenia chorych z rzucawką porodową, przyczem najżywszy kontakt ma z Zakładem Położniczym, prowadzonym przez Prof. Okińczyca.

W okresie sprawozdawczym było 351 przypadków rzucawki porodowej z 7,1% śmiertelności matek, przyczem podkreślić należy, że materjał powyższy składał się z przypadków szczególnie ciężkich, gdyż do wspomnianego Zakładu Położniczego kierowano specjalnie wszystkie najcięższe przypadki rzucawki porodowej z innych Zakładów Położniczych Leningradu.

Ilość napadów występujących w czasie omawianego leczenia również była mniejsza niż przy innych metodach postępowania: 35,8% chorych nie miało więcej napadów od chwili rozpoczęcia leczenia; 38,9% — miało od 1 — 3 napadów, 24% — 4 napady i więcej. Najwyższa liczba napadów wynosiła 16. Większość chorych stanowiły pierwiastki (259). Cięcie cesarskie stosowane bez wiedzy autora dało wysoki procent śmiertelności matek, co potwierdzają również inne statystyki, zwłaszcza angielskie.

Na zakończenie Stroganoff wylicza najpospolitsze błędy popełniane przy nieudolnym lub niedokładnem stosowaniu jego metody:

1) niedostateczny spokój, otaczający chorą;
2) brak tlenu po napadach;
3) niewystarczające dawki narkotyków;
4) zbyt małe ilości injekcji płynów (infuzji);
5) niewygodna pozycja chorej;
6) brak termoforów na nogach i nerkach;
7) zbyt późno wykonany upust krwi;
8) brak czystego powietrza;
9) niedość dokładne zapobieganie napadom.

Zabiegi operacyjne stosowano przy omawianej metodzie znacznie rzadziej niż przy innych i wyniosły one zaledwie 48%, z tego najwięcej kleszczy bo 108 na 165 przypadków.

Ominięcie porodu w przypadkach rzucawki porodowej, występującej w końcu ciąży. (La suppression de l'accouchement dans l'éclampsie de la fin de la grossesse). Llanes Massini J.-C. *Gynécologié et Obstétrique T. XXII, N 5, 1930.*

Autor ogłosił w r. 1927 pracę o leczeniu rzucawki porodowej opartą na 92 przypadkach przez się obserwowanych. Z tego materjału 14 przypadków rzucawki występującej w końcu ciąży leczono cięciem cesarskiem, wykonanem natychmiast po ustaleniu rozpoznania, t. j. po pierwszym napadzie drgawek. Wszystkie te przypadki skończyły się dobrze dla matek i dla dzieci, procent śmiertelności równał się 0.

Obecnie przybyło 14 nowych przypadków, z których trzy dołączyć można do grupy idealnego wedle autora leczenia, t. j. usunięcie płodu i popłodu na drodze cięcia cesarskiego z ominięciem porodu i to w końcu ciąży natychmiast po pierwszym napadzie drgawek. Jeden z tych przypadków skończył się śmiercią, którą autor przypisuje zbyt późnemu wykonaniu operacji, gdyż przed zdecydowanym napadem drgawek,, który spowodował cięcie cesarskie, było w ciągu 8-u godzin aż 3 napady, ale tak słabe, że rozpoznanie rzucawki porodowej nie było ustalone.

Autor nie podaje, niestety, odsetka śmiertelności ogólnego w swych przypadkach, ograniczając się do ściśle wybranej grupy wyżej omówionej.

Dla porównania wspomina o ankiecie przepro-

wadzonej wśród położników i chirurgów północnoamerykańskich na temat cięcia cesarskiego w rzucawce porodowej. Odpowiedzi wypadły dla tego zabiegu bardzo nieprzychylnie: odsetek śmiertelności wahał się od 22 — 42,7%. Różnicę pomiędzy swoimi wynikami, a rezultatem wyżej wspomnianej ankiety tłomaczy autor tym, że on wybiera do cięcia cesarskiego osoby, u których poród jeszcze się nie rozpoczął (nie było skurczów macicy, wyciskających toksyny łożyskowe do krwiobiegu matki), i które miały nie więcej, jak jeden do dwóch napadów (znajdują się w dobrym stanie ogólnym, nie zaś w stanie zatrucia, jakie ma miejsce po szeregu napadów rzucawki). Zasadnicze swe stanowisko autor opiera na mniemaniu, że rokowanie w rzucawce porodowej jest niemożliwe, a zawsze poważne i że wobec tego najlepiej odrazu nie czekając na jej przebieg w danym przypadku usunąć płód i łożysko, jako źródło choroby.

Rozważania w sprawie rozszerzenia szyjki macicy w znieczuleniu lędźwiowem. (Considerations sur la dilatation du col sous rachianesthésie). B r i n d e a u A.
Paris Medical T. 20, N 51, 1930 r.

Na wstępie autor przypomina, że gwałtowne sztuczne rozszerzenie szyjki macicy jest metodą używaną od niepamiętnych czasów, ale też wielokrotnie zarzucaną z powodu jej niebezpieczeństwa.

Metoda ta wznowiona przez Delmas'a zyskała jako nowy składnik znieczulenie lędźwiowe, które istotnie powoduje rozluźnienie pochwy i sromu, i dolnego odcinka wraz z szyją macicy, przyczyniając się jednocześnie do obkurczania trzonu. Stąd łatwość przedostania się przez kanał pochwy i szyjki macicy, i trudności w operowaniu wewnątrz macicy.

Stosowanie metody Delmas'a w ciąży autor uważa za zbyt niebezpieczne. Natomiast w czasie porodu, o ile wskazaniem do ukończenia porodu jest ciężki stan matki, a warunki otoczenia nie pozwalają na zastosowanie zabiegu chirurgicznego, jak naprz. operacji Dührssena — metoda Delmas'a może dla lekarza praktyka być jedynym sposobem wyjścia z sytuacji. Ponadto przydatnem może się okazać znieczulenie lędźwiowe w niektórych przypadkach porodów pośladkowych, zwłaszcza u pierwiastek o szczególnie opornych częściach miękkich; podobnem wskazaniem do znieczulenia lędźwiowego może być niepodatność szyjki, a także pochwy, sromu nawet przy położeniu główkowem. Pamiętać jednak należy, że gwałtowne rozszerzenie szyjki w znieczuleniu lędźwiowem jest zawsze zabiegiem niebezpiecznym, dającym olbrzymi procent pęknięć szyi, a także wiele przypadków kończących się ciężką chorobą, a nawet śmiercią.

Mięśniaki macicy i raki nabłonkowe jej jamy. (Fibromes utérines et cancers epithéliaux cavitaires). F o r g u e E., M - l l e S o u l a s.
Paris Medical R. 20, N 51, 1930.

Z punktu widzenia anatomo - patologicznego mogą istnieć następujące postacie współistnienia mięśniaka i raka macicy:

1. Obydwa te nowotwory rozwijają się zupełnie samodzielnie i niezależnie od siebie w takiej odległości, że nie istnieje najmniejsze podejrzenie, co do wzajemnego przejścia jednego na drugi.

2. Mięśniak uległ zrakowaceniu pod wpływem nabłoniaka, znajdującego się w sąsiedztwie. Tkanka rakowata wrasta wówczas naciekowo w tkankę mięśniaka, powodując mniejsze lub większe spustoszenia, przeżerając niekiedy całe odcinki ściany macicy prawie na wylot.

W niektórych przypadkach rak przechodzi na mięśniaki macicy nie z niej samej, ale z innych sąsiednich narządów jak naprz. jajnik, trąbka itd.

3. Trzecia postać bardzo rzadka to przypadki, w których zrakowacenie idzie od wewnątrz mięśniaka. Objaśnienie tego zjawiska jest tylko możliwe zapomocą hypotezy, iż nabłoniak powstał z odosobnionych szczątków śluzówki macicy rozrzuconych w mięśniówce macicy (adenomyoma) i przypadkowo znajdujących się w obrębie mięśniaka.

Rozpoznanie polegać powinno przedewszystkiem na pilnej obserwacji klinicznej i ostrożnem wyskrobaniu macicy z badaniem mikroskopowem wyskrobin. Leczenie — jak w raku macicy.

Zropiałe torbiele jajnika. (Kystes suppurés de l'ovaire). R i c h e V., F a y o t G.
Paris Medical R. 20, N 51 1930.

Omawiając wymienione w tytule powikłanie (zdaniem autorów nierzadkie) torbieli jajnika R. i F. podnoszą rolę drobnoustroi przewodu pokarmowego w etjologji tego powikłania. Klinicznie zropienie torbieli jajnika występuje bądź w postaci ostrej, bądź przewlekłej, charakteryzującej się przedewszystkiem pogorszeniem stanu ogólnego objawami scharłaczenia.

Rozpoznanie jest bardzo trudne: zazwyczaj bywa trafne zaledwie w połowie przypadków. Leczenie polegać powinno na operacyjnem usunięciu przypadków z następowem drenowaniem jamy brzusznej zapomocą worka Mikulicza. Jedynie w przypadkach nienadających się do operacji ograniczyć się należy do wszycia ścian torbieli do powłok brzusznych, aby umożliwić wyropienie treści.

Po poprawie stanu ogólnego udaje się niekiedy drugą operacją usunąć narządy schorzałe radykalnie.

(W opisie przypadków autorów brak ścisłego rozgraniczenia pomiędzy zropieniem oddzielnej torbieli jajnika przy zdrowej trąbce — stan b. rzadki, od zropienia torbieli zastoinowej jajnika wciągniętego wogóle wtórnie w sprawę, przez pierwotnie chorą zapalnie trąbkę. — Przyp. refer.).

Szczepienie obszarów schorzałych po przez wrota wejścia zakażenia; jego zastosowanie w ginekologji. (La vaccination regionale par la porte d'entrée. Son emploie en gynécologie). P o i n c l o u x P.
Paris Medical R. 20 N 51, 1930.

Autor jest twórcą i propagatorem metody szczepienia t. zw. regionalnego, t. j. mającego na względzie całe grupy narządów zmienionych patologicznie, jak naprz. układ moczowy, ewent. narządy płciowe, ponadto charakterystyczną cechą tej metody jest stosowanie szczepienia po przez przypuszczalne wrota wejścia zakażenia; oczywista

warunkiem powodzenia jest stosowanie szczepionki z drobnoustroi, które były przyczyną wywołującą schorzenie, t. j. ściśle swoistej. Oto przykład: zapalenie gonokokowe jajowodu: czynnik wywołujący — gonokok (a więc szczepionka gonokokowa); wrota wejścia zakażenia — śluzówka cewki moczowej i gruczoły Skené'go (injekcja powinna nastąpić w ścianę cewki, pod jej śluzówkę).

Wyniki leczenia metodą autora zastosowanej w 230 przypadkach schorzeń kobiecych są bardzo dobre: najlepsze o ile czynnikiem wywołującym jest drobnoustrój jednego rodzaju, gorsze — jeżeli zapalenie wywołane jest przez zakażenie mieszane. Rozpoznanie, z jakim drobnoustrojem chorobotwórczym w danym przypadku mamy do czynienia opierać się winno na 1) anamnezie, 2) badaniu laboratoryjnem, 3) reakcji po injekcji leczniczej szczepionki.

Po rozwiązaniu sprawy swoistego drobnoustroju dla danego zakażenia wybrać należy odpowiednie miejsce injekcji, które ma być wrotami wejścia zakażenia.

Autor uważa, że gonokok tak u mężczyzny jak u kobiety wchodzi przez cewkę moczową, tamtęż pod śluzówkę wykonać należy injekcję. Pałeczka okrężnicy wchodzi po przez śluzówkę kiszki, to też pod śluzówką kiszki prostej szczepić należy leczniczo. (Wykonać to łatwo przy pomocy krótkiego wziernika odbytnicowego). Ponadto lecząc zakażenie gonokokowe szczepić można od gruczołu Bartholin'a lub do śluzówki szyjki macicy. Szczepionkę gronkowcową wstrzykiwać należy do śluzówki szyjki macicy. Dla wyjaśnienia dorzuca autor, że gdyby spotkał się z zakażeniem pneumokokowym, to byłby zmuszony wprowadzić odpowiednią szczepionkę pod śluzówkę nosa.

Wyniki lecznicze podzielone na grupy według schorzeń dają rozmaity odsetek wyleczeń, ogólnie jednak biorąc dobre wyniki wynoszą około 80% przypadków.

Ilości wstrzykiwań potrzebnych dla przeprowadzenia kuracji autor nie podaje.

Leczenie zapalenia przydatków zapomocą szczepienia doskórnego. Metoda L. Goldenberga. (Le traitement des annexites par l'intra-dermovaccinotherapie. Procedé L. Goldenberg). M e t z g e r A., E. F i s s o n.

Gynécologié et Obstétrique T. XXII, N 5, 1930.

Goldenberg uważa skórę za narząd o wielkiem znaczeniu w wytwarzaniu odczynu obronnego i uodpornienia organizmu. Stąd jego zasada wstrzykiwania doskórnie szczepionek w całym szeregu schorzeń.

Autorzy zachęceni brakiem jakiejkolwiek reakcji ogólnej z jednej strony, z drugiej zaś rozumiejąc, że injekcja szczepionek w jakiejkolwiek bądź postaci nie jest w stanie w przypadkach zapalenia przydatków dotrzeć bezpośrednio do ogniska schorzenia — zastosowali metodę Goldenberga w leczeniu adnexitis.

Z wyników autorzy są zadowoleni (leczono 45 przyp.) przyczem zaznaczają, że co do bólów poprawa nastąpiła w 78,3%, co do zmniejszenia się lub zniknięcia guzów — w 64,6%.

Wskazaniem do stosowania tej metody jest przedewszystkiem zapalenie ostre i podostre, to ostatnie z objawami pelveo-peritonitis. Injekcje

szczepionki nie dają zupełnie nawet najmniejszej reakcji ogólnej, ani miejscowej. Skład szczepionki stosowanej w omawianej metodzie jest następujący: Staphiloccocus 4 miljardy, bacillus coli — 4 miljardy, enterococcus — 4 miljardy, streptococcus — 3 miljardy, gonococcus — 3 miljardy, b. pseudo - difteriae — 2 miljardy na 1 cm.^{3} (20 miljardów w 1 cm.^{3}, czyli mniej więcej 1 miljard w kropli).

Specjalną strzykawką, dzieloną od 1 do 6 kropli wstrzykuje się doskórnie w skórę brzucha ponad schorzałemi przydatkami. I dawka — 1 kropla; po 2 dniach — 2 krople i tak dalej w dawkach wzrastających do 6 kropli co drugi dzień. Poczynając od 4 kropli dzielić należy dawkę na dwie, wstrzykując po każdej stronie połowę dawki. Cała kuracja — 15 injekcji, jednak jeżeli po 8 injekcjach nie stwierdza się oczywistej poprawy — nie warto dalej leczenia prowadzić. W czasie miesiączki lepiej injekcji nie robić.

Późne wyniki operacji na nerwie współczulnym w ginekologji (w szczególności na nerwie przedkrzyżowym). (Résultats éloignés des interventions sur le sympathique en gynécologie. (Nerf présacré en particulier). M i c h o n L. et H a o u r J.

Gynécologié et Obstétrique T. XXII, N 5, 1930.

Autorowie zdają sprawę z 28 przypadków, w których wykonali w ciągu ostatnich 5 lat operacje na nerwie współczulnym z powodu dolegliwości ginekologicznych. Operacje te w początku polegały na rozmaitych zabiegach na nerwie współczulnym

w zakresie miednicy całej, w ostatnich zaś latach — wyłącznie na częściowem wycięciu nerwu przedkrzyżowego.

Technika zabiegu znana jest dostatecznie z prac G. Cotte'a i polega na odsłonięciu wzgórka kości krzyżowej przez jamę brzuszną, nacięciu otrzewnej, wyosobnieniu z tkanki łącznej pasma nerwu przedkrzyżowego i wycięciu zeń kawałka długości 3 — 4 cm. bez podwiązywania. Zamknięcie cięcia w otrzewnej szwem kapciuchowym kończy w zasadzie zabieg.

Wyszukanie nerwu przedkrzyżowego nigdy nie jest trudne jeśli się pamięta o stosunkach anatomicznych i jeśli preparowanie prowadzi się tak daleko w dół, aż się uwidoczni rozgałęzienie omawianego nerwu na dwie gałęzie dolne. Do powyższego zabiegu należy zawsze dodać operację Doléris'a: zawieszenie macicy na pętlach wiązadeł obłych, aby zapobiec ewent. następowemu tyłoprzemieszczeniu macicy.

Omawiając z kolei wyniki autor wyłącza 8 przypadków, w których bądź miały miejsce błędy techniczne, bądź wskazania sporne, bądź współistniejące choroby zaciemniające obraz kliniczny, bądź wreszcie obserwacja przypadku była zbyt krótkotrwała.

Z pozostałych 20 przypadków trzy zaliczyć należy do nieudanych, w 17 zaś wynik był dobry lub znakomity. Oczywista nie wszystkie operacje polegały tylko na wycięciu nerwu przedkrzyżowego; w większości z nich dokonywano wobec otwartej jamy brzusznej, inne zabiegi uznane za konieczne, jak to wycięcie wyrostka robaczkowego, wycięcie przydatków, przymocowanie macicy do powłok brzusznych i t. d. Wiadomo jednak, że w całym szeregu przypadków same te zabiegi wykonane osobno nie były w stanie wyleczyć pacjentkę z bolesnego miesiączkowania typu nerwowego, a ta właśnie dolegliwość stanowi główne wskazanie do omawianej operacji na nerwie współczulnym. Szczególnie zwrócić należy uwagę na współistnienie drobnotorbielkowatego zwyrodnienia jajników z bolesnem miesiączkowaniem i w czasie operacji za radą G. Cotte'a oprócz wycięcia nerwu przedkrzyżowego, wyciąć należy częściowo zwyrodniałe jajniki.

Wreszcie z naciskiem podkreślić należy, że w żadnym przypadku nie stwierdzono szkodliwego wpływu operacji omawianej czy to na pęcherz, czy na nerwy czuciowe, czy ruchowe narządów miednicy małej.

Na zakończenie omówić dokładnie wypada kwestję wskazań do wycięcia nerwu przedkrzyżowego.

W pierwszym rzędzie wskazaniem do tej operacji jest bolesne miesiączkowanie i to jako ból nerwowy umiejscowiony w miednicy małej. Badanie zestawione zazwyczaj zmian patologicznych nie wykazuje. Oczywista wyłączyć należy przypadki schorzeń psychicznych, które niekiedy występują pod postacią skarg na bóle w obrębie miednicy małej.

Jeżeli po otwarciu jamy brzusznej nie stwierdza się żadnych zmian patologicznych, to wówczas przed zamknięciem brzucha wykonać należy wycięcie częściowe nerwu przedkrzyżowego.

W wypadku stwierdzenia jakichkolwiek zmian patologicznych należy je załatwić i dodać operację omawianą.

Leriche i Cotte donosili kilkakrotnie o dobrych wynikach wycięcia nerwu przedkrzyżowego w przypadkach pruritus vulvae i kraurosis vulvae.

Wreszcie bóle wywołane przez nowotwory złośliwe, nienadające się do operacji mogą być wskazaniem do częściowego nerwu przedkrzyżowego wyłącznie, jako zabiegu analgetycznego.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, NOSA I GARDŁA

Zespół hipertermiczny pooperacyjny u oseska. Wyleczenie (Syndrome hyperthermique post-operatoire chez un nourisson. Guérison). R. B e r t o i n. *Annales des maladies de l'oreille T. 48, № 7, lipiec 1929.*

Zespół ten prowadzi niemal zawsze w najbliższych 24 godzinach po operacji — wśród wielkiego niepokoju, niekiedy drgawek, przy wielkiej bladości i rosnącej gwałtownie ciepłocie ciała (do 41° i więcej) — do zejścia śmiertelnego i dotyczy wieku pierwszych 12, a zwłaszcza pierwszych 6 miesięcy życia. Co do przyczyn postawiono szereg hipotez (:ostre zaburzenia narządów wkrewnych, zwłaszcza grasicy, ostra posocznica, zapalenie opon mózgowych, bronchopneumonia, wstrząs pooperacyjny, i t. d.). „Ale ostatecznie, żadna z nich nie jest zadowalająca". W przypadku swoim autor w momencie najgroźniejszym w 23 godzin po antrotomii wykonał dla uspokojenia sumienia („par acquit de conscience") nakłucie lędźwiowe. Płyn lędźwiowy wytrysnął pod ogromnem ciśnieniem. Wnet po nakłuciu mały pacjent usnął i obraz na ogół poprawił się, by potem stopniowo się znów pogarszać. Następuje 24 godzin później powtórne nakłucie z równym efektem, poczem pacjent zdrowieje. Jakkolwiek zmiany ropne w kości skalistej sięgały aż do opon, płyn był chemicznie i bakterjologicznie prawidłowy, a o meningitis nie mogło być mowy. Autor skłonny jest tedy widzieć w całym obrazie hipertermi i osesków „kryzę hipertensji wśródczaszkowej powstałą na drogach współczulnych z zadziałaniem na ośrodki termiczne w śródmózgowiu". W każdym razie dotychczasowy arsenał środków stosowanych w hipertermii tj. zimne zawijania i zmywania, adrenalina i oliwa kamforowa powiększyć należy próbując i nakłucia lędźwiowego. Co do teorji autora pozwoli sobie ref. zauważyć, że jeśli jest ona słuszną, to stosowanie adrenaliny: środka typowo sympatykotonicznego, byłoby raczej przeciw-wskazanem.

Nowy symptom — dna dolnego worka spojówkowego — w diafanoskopii zatoki szczękowej. (Le signe du cul-de-sac conjonctival inférieur dans la translumination de l'antre maxillaire). P. D e l o b e l j. w. N. 8. Sierpień 1929.

Diafanoskopia według Heryngа zawodzi przy kościach grubych nawet przy zastosowaniu białego żaru. Dotyczy to nietylko świecenia okolicy pod oczodołowej i gałkowej, lecz także źrenicy (symptom Voksen-Davidsona), subjektywnego poczucia światła w oku po stronie zdrowej (Garel-Burger) i rozświetlenia zdrowej strony jamy nosowej przy równoczesnej rhinoskopii (Robertson). Autor stwierdził, że gdy wszystkie metody zawodzą, da się zauważyć różowy odcień na dnie dol-

nego worka spojówkowego (t. j. w t. zw. załamku dolnym) po stronie zdrowej, gdy brak go po stronie gdzie znachodzi się highmoritis. Autor stosuje tę metodę już od r. 1919 z wielkim pożytkiem w wątpliwych przypadkach.

Nowa metoda leczenia bezgłosu histerycznego drogą küretażu jamy nosogardłowej. (Un nouveau procédé de traitement de l'aphonie hystérique par le curettage du cavum naso-pharyngien) V. F o t i a d e j. w. N. 10 październik 1929.

Wszelkie stosowane dotąd metody suggestyjne: czyto łagodne, jak oddziaływanie perswazją, hipnozą, uśpieniem, ćwiczeniami w fonacji, męsieniem wibracyjnem lub zabiegami ręcznymi — czy też gwałtowne jak silna farydyzacja lub franklinizacja — szwankują zdaniem autora pod tym względem, iż nie odpowiadają nastawieniu mentalnem chorego wzgl. chorej. Nastawienie to streszcza się w wyobrażeniu istnienia jakiejś przeszkody poważnej, którą usunąć może tylko operacja. Zabieg stosowany przez autora czyni zadość temu nastawieniu i ma pozatem tę wyższość, że stanowi kompleks złożony z szeregu czynników suggestywnych, działających jako silne przeżycie. Pomijając wszelkie teorje, najważniejszem jest to, iż autor uzyskuje tą drogą, — jak podaje, — pewne i trwałe wyleczenie. Küretaż ten musi być wykonany bez znieczulenia, albowiem ból zwiększa siłę przeżycia i jest „atawistycznie" skojarzony z pojęciem operacji. Czy jednak u każdej chorej z bezgłosem histerycznym jest co do wyjęcia z jamy noso-gardłowej, by módz to ukazać pacjentowi, jako źródło przeszkody? (Ref.).

Autor nie podaje, niestety, statystyki wyników i zaledwie 1 decursus.

Przyczynek do stosowania sanokryzyny w gruźlicy krtani. (Contribution au traitement de la tuberculose laryngée par la sanocrysine). F e r r a n d o. j. w. N. 12, grudzień 1929.

Na podstawie obserwacji 20 chorych, których historje chorób są podane, dochodzi autor do wniosku, że tylko w lżejszych formach ograniczonej gruźlicy krtani bez owrzodzeń leczenie sanokryzyną, stosowane przy ścisłej współpracy z ftiziologiem, jest wskazane, prowadząc w tych razach do klinicznego wyleczenia, w innych zaś jest przeciw wskazane. Przy spełnieniu tych warunków i przy rozpoczynaniu od wstrzykiwań (:wśród żylnych) małych dawek (0,05 — 0,1) nie grozi leczenie sanokryzyną choremu żadnemi niebezpieczeństwami.

Wyłuszczenie migdałków u dzieci. (L'amygdalectomie totale chez l'enfant). S a s s y. j. w. T. 49. N. 3. marzec 1930.

Po wieloletnich doświadczeniach autor dochodzi do następujących wniosków. Przewlekłe schorzenia miąższu migdałków dają często powód u dzieci do zaburzeń temperatury, brzydkiego języka, rannego fetoru z ust,, zaburzeń przewodu pokarmowego, schorzeń nerek, reumatyzmów a nawet zapaleń wyrostka robaczkowego. Z paliatywnych leczeń jak pendzlowania, wygniatania, dyscyzje, przepłukiwania, niezawsze bezpieczne przyżegania elektryczne — wynika przeważnie więcej zawodów i zniechęceń, jak pozytywnych wyników. Wobec wątpliwej jeszcze fizjologji, lecz za to pewnej patologii migdałków bocznych najracjonalniejszem postępowaniem wydaje się autorowi usunięcie chirurgiczne migdałków i to nie ścięcie czyli tonsillotomia lecz doszczętne wyłuszczenie. Wyłuszczenia tego dokonuje autor bez uśpienia ogólnego i bez znieczulenia miejscowego. (Dzieci w Montpellier są, zdaje się bardzo grzeczne. Ref.). W niektórych tylko razach zapendzlowuje autor okolicę nadmigdałkową płynem Bonaina a to w celu zmniejszenia przykrości cięcia wstępnego przez podniebienie miękkie (incision vélique) według Moureta. Autor opisuje szczegółowo technikę zabiegu i postępowanie po operacyjne.

Jak badać jamę bębenkową oseska? (Comment explorer la caisse du nourisson?). L e r o u x-R o b e r t. j. w. N. 4. kwiecień 1930.

Panneton i Longpré, klinicyści kanadyjscy podają statystykę 2000 punkcji rozpoznawczych jamy bębenkowej osesków i 200 trepanacji wyrostka sutkowego, do których uzyskane tą drogą rozpoznanie dało wskazanie. Dziś należy zająć takie stanowisko, że punkcja jamy bębenkowej jest w każdym wypadku u oseska wskazana, gdy podwyższona temperatura nie znajduje niewątpliwego wyjaśnienia w infekcji poza uchem umiejscowionej. Punkcję rozpoznawczą należy ściśle odróżniać od zabiegu leczniczego. Punkcja wykonana w zdrową jamę bębenkową jest absolutnie nieszkodliwą, gdy jest czysto wykonaną, w razie obecności ropy ma dla celów rozpoznawczych wyższość nad paracentezą, gdyż nie wywołuje krwawienia, objaśnia co do ilości ropy i daje odrazu materjał w strzykawce do badań bakterjologicznych. Autorzy amerykańscy używają igły krótkiej (2 ½ ctm) i grubej (7/10 mm) i stosują ją na ślepo idąc wzdłuż tylnej ściany przewodu przy pociągniętej ku tyłowi małżowinie. Autor skonstruował specjalną igłę o kształcie bagnetowym i wkłuwa ją pod kontrolą wzroku. W każdym wypadku igła musi być krótko ścięta a głębokość punkcyj musi liczyć się z małymi rozmiarami jamy bębenkowej, aby nie zranić ściany wewnętrznej. Autor używa zamiast zwykłego Prawaca strzykawki z kółeczkami dla trzech palców.

Uwagi dotyczące znieczulenia przy krwawych zabiegach operacyjnych głowy i szyi i przy bronchoezofagoskopji. (Remarques à propos de l'anesthesie dans les opérations sanglantes de la face et du cou et en broncho-oesophagoscopie). J. G u i s e z. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx. T. 49. № 5, maj 1930.*

Są to cenne uwagi doświadczonego klinicysty. Jak z tytułu widać, praca składa się z dwóch odrębnych części. W pierwszej opisuje autor metodę polegającą na wprowadzeniu miękkiej sondy gumowej drogą laryngoskopii bezpośredniej (une tube spatule laryngoscopique) do tchawicy zachloformowanego wstępnie pacjenta. Sondę tę łączy się następnie z przyrządem Ricarda do narkozy, poczem tamponuje się przewinięte gazą szczelnie wokoło sondy całe gardło (górne, środkowe i dolne), tak że pacjent oddycha wyłącznie przez sondę. Korzyści tej metody są następują-

ce. Narkotyzer stoi zdala od pola operacyjnego. Uśpienie podczas zabiegu na głowie nie doznaje żadnej przerwy, co bardzo znacznie skraca czas zabiegu i zmniejsza ilość zużytego i wdechiwanego przez pacjenta chloroformu. Ani kropelki krwi nie dostaje się do dróg oddechowych, a zapobiegawcze rozcięcie tchawicy jakoteż zapalenie płuc zachłystowe stają się zupełnie bezprzedmiotowe. Wreszcie przy większym ruchu operacyjnem niebez znaczenia jest, że operator i asysta nie są narażeni na wdechiwanie dużych ilości chloroformu, jak to ma miejsce przy usypianiu zwykłą maską. Niekorzyści i niedogodności niema żadnych (w szczegóły omówienia referent nie może wchodzić). Warunkiem jest oczywiście: 1) precyzyjność wprowadzenia sondy, która musi być rzeczywiście w tchawicy, a nie n. p. w przełyku i która nie może sięgać aż do ostrogi bifurkacji, 2) i znajomości techniki laryngoskopii bezpośredniej. Głównemi wskazaniami są: resekcja szczęki, pansinutis, guzy gardła, wole duże z uciskiem na tchawicę. — W drugiej części autor ustala, że: 1) uśpienie ogólne (za wyjątkiem bardzo krnąbrnych i nerwowych osobników) w broncho - ezofagoskopii dorosłych nigdy nie jest wskazane, zaś znieczulenie miejscowe kokainą z adrenaliną zawsze (nawet mimo wyjątkowo potrzebnego uśpienia). 2) U dzieci poniżej 4 lat wykonać należy bronchoezofagoskopję, zawsze bez uśpienia i znieczulenia, gdyż oba są niebezpieczne a wystarcza silne zawinięcie w prześcieradło i ustalenie główki. 3) U dzieci powyżej 4 lat metodą wyboru jest zamroczenie krótkotrwałe chlorkiem etylu przed wprowadzeniem rury i gdy zamroczenie nie wystarczy, można dodać na gazie nieco chloroformu, przykładając gazę do ust w razie ezofagoskopii, zaś do wlotu rury w razie bronchoskopii. Zamiast kokainy (w 5% rozczynie) stosuje autor butellinę (w 2½% rozczynie wodnym), gdy chodzi o wstrzykiwanie płynów kontrastowych do drzewa oskrzelowego, gdyż jest mniej toksyczną, zaś „scuroform" w razie częstych aplikacji (dylatacje etc.). Skuroform jest nierozpuszczalny w wodzie i stosuje się go w formie rozpylenia in substantia lub rozczyn w oliwie (1:5 — 1:20).

Zachowawcze leczenie metodą Biera wczesnego zapalenia wyrostka sutkowego w początkach ostrych i podostrych ropnych zapaleń ucha środkowego. (Traitement conservateur des mastoidites precoces au debut des otites purulentes aigües et subaiguës d'après le principe de Bier). A. F. Pouchkine.

Annales des mal. de l'oreille, du lar... T. 49. № 7, lipiec 1930.

Przy pełnem uznaniu wskazań operacyjnych i obowiązku nieprzeoczenia właściwego momentu dla zabiegu chirurgicznego, autor uważa, że, — gdy każdy zabieg powoduje nawet przy najlepszej technice i aseptyce, pewną szansę niebezpieczeństwa, a także współdziałanie organizmu w okresie pooperacyjnym, konieczne dla należytego efektu zabiegu, nie da się przewidzieć, — należy przed przystąpieniem do zabiegu wyczerpać gruntownie wszelkie możliwości leczenia zachowawczego. Autor wypracował metodę, która jest w stanie wyleczyć duży odsetek takich przypadków zachowawczo, które już niechybnie zdawały się przeznaczone do antrotomji. Autor wyłącza ze swoich rozważań zapalenia wyrostka zbyt długo już przewlekające się, przypadki z ropniem podokostnowym, lub przetoką poza uchem, formy Bezoldowskie i, oczywiście, także wypadki z powikłaniami, jak posocznica i t. p., lub zakrzep zatoki poprzecznej. Wielką wagę przywiązuje autor do bardzo szczegółowego badania otoskopijnego (przy pomocy lupy 6 dioptrji, i precyzyjnej paracentezy w najodpowiedniejszem miejscu. Po uzyskaniu tego ostatniego warunku należy przepłukać ucho rozczynem formaliny (: 2 krople kupnej 35% formaliny na 250 gr. wody), co działa lepiej niż wszelkie osuszanie licznymi tamponikami suchemi i nie powoduje żadnych niebezpieczeństw. Potem należy zastosować aspirację ropy przez zaaplikowanie do przewodu oliwki szklanej połączony rurką kauczukową ze strzykawką 100 centymetrową Janetowską o tłoku durytowym. Gdy asystent uszczelnia oliwkę w przewodzie, lekarz aspiruje, po odpowiedniem naregulowaniu szczelności tłoku. Ta regulacja jest czynnikiem bardzo ważnym w sile aspiracji, a przez to i w efekcie leczniczym. Aspiracje powtarza się parokrotnie aż więcej ropa z głębi nie wychodzi. Obok wydobycia ropy, która, zdaniem autora, wychodzi bez trudności, nie tylko z jamy bębenkowej, ale także z wszystkich komórek wyrostka, z wyjątkiem „terminalnej", — działa postępowanie to także jako żylno-tętnicze przekrwienie wedle zasad Biera. Po tym akcie następuje założenie drenika, napojonego alkoholem 70% do przewodu, wreszcie okład z alkoholu 20% lub z octem. Seton alkoholowy ma działanie odkażające i wzmacnia działanie bierowskie. Leczenie to daje wedle autora wyniki doskonałe, daje się wszakże przeprowadzić tylko w szpitalach i przez lekarzy specjalistów. Trwa 15 do 20 dni. (Autor, asystent w Leningrodzie, zdaje się nazywa się Puszkin (Ref.).

Aërofagia a otorinolaryngologia. (Aerophagie et O.-RL). J. Tarneaud.

j. w. № 8, sierpień 1930.

Aerofagia uważana bywa jużto jako symptom jużto jako choroba sui generis. Mało jednak zwraca się uwagi na to, że laryngolog ma ważne słowo do powiedzenia w sprawie etiologii tej sprawy, której akt główny, t. j. połykanie powietarza dokonuje się w gardle. Wskutek zignorowania tego momentu dochodzi się n. p. do leczenia cierpienia — psychoterapią, bez poznania istoty cierpienia. Pomiędzy aerofagią, a schorzeniami górnych dróg oddechowych istnieje z reguły ścisły związek przyczynowy. Odruch połykowy jest następstwem zadrażnienia zakończyn nerwowych, a w szczególności zwoju gardłowego (plexus pharyngeus), który obejmuje włókna nerwu błędnego, nerwu językowo - gardłowego i nerwu współczulnego i który jest umiejscowiony na bocznych ścianach gardła, zwanych rynienkami („les gouttières jamy nosowej i nosogardłowej. Ważnem jest neuropatyczne podłoże osobnika, który na bardzo nieznaczne pobudki oddziałuje odruchem połykowym. (W tym punkcie autor zdaje się jednak przyznawać pewną rację — psychoterapii. Ref.). Autor odróżnia aerofagię pierwotną i wtórną. We wtórnej punktem wyjścia odruchu jest przyczyna odległa w przełyku, wpuście lub żołądku. Przyczyna ta działać może wprost lub za pośrednictwem

ślinotoku (réflexe oesophago — et gastrosalivaire), jako objawu wagotonicznego. Przy aerofagii pierwotnej rozróżnia autor przyczynę ropną i nieropną. Pierwsza obejmuje wszelakie zmiany jawne i ukryte (t. j. wymagające skrupulatnego badania), na śluzówce gardła, w migdałkach lub uzębieniu. Do drugiej są zaliczone nieznaczne zmiany na śluzówce gardła i nosa (rhinopharyngite „minima") i zaburzenia w oddechaniu nosowem na tle anatomicznem. Autor przytacza przykłady korzystnych wyników leczniczych na podstawie powyższej. W przypadkach aerofagji pierwotnej w rękach laryngologa spoczywa leczenie jej przyczynowe, przy a. wtórnej może on działać tylko objawowo (n. p. stosowanie Argentum nitricum na śluzówkę jamy nosogardłowej w „kryzach" aerofagii), zaś leczenie przyczynowe należy do internisty.

Posocznice pochodzenia ustno-zębowego. (Septicémies d'origine bucco-dentaire). Thibaut i Raisin.

j. w. № 11, listopad 1930.

Jestto streszczenie sprawozdania zjazdu stomatologicznego z r. 1929. Bogactwo zebranych tez wyklucza jeszcze silniejsze skondensowanie w referacie. Możemy polecić każdemu stomatologowi i laryngologowi jak niemniej praktykowi przestudjowanie tego sprawozdania wzgl. streszczenia. Obok historycznego przeglądu zagadnienia znaleźć tu można bogaty materjał dla poznania sprawy posocznic ustno - zębowego pochodzenia zarówno ostrych jak i przewlekłych pod względem bakterjologji, objawów, rozpoznania, rokowania, profilaktyki i lecznictwa. Wnioski ogólne wyrażają się w stwierdzeniu pod adresem praktyka, że trzeba częściej niż dotychczas szukać w jamie ustnej za przyczynami przewlekłych posocznicowych stanów o nieokreślonej etiologji i że nie należy się bronić przed przyjęciem takich związków przyczynowych. Specjalista zaś nie powinien wahać się zbytnio z wkroczeniem czynnem w właściwym momencie w przebiegu ostrej sprawy zębowej, gdyż w ten sposób może on zapobiedz rozsianiu zakażenia, tylko bowiem zamknięte ogniska zakaźne mają wybitną skłonność do uogólnienia. Ropotok wyrostków zębowych (pyoorhea alveolaris) jest częstą przyczyną posocznicy. W razie stwierdzenia ropotoku lub ziarniniaka szczytowego (granulome apical), konserwacja pod kątem widzenia estetycznym może stać się źródłem zakażenia ogólnego.

Nowa metoda leczenia zrostów nosowych. (Nouveau traitement de synèchies narinaires). Bloch-Lemeine.

j. w. № 9, wrzesień 1930.

Autor omawia rozmaite typy zrostów nosowych i zabiegów leczniczych, rozróżniając szczególnie: 1) korzystne w rokowaniu i leczeniu zrosty części twardych, t. j. o podłożu kostno - chrząstkowem i 2) niekorzystne zrosty części miękkich. Zwrot w lecznictwie chirurgicznem tych ostatnich stanowi zasada Rudtorffera, zmierzająca do wstępnego wytworzenia luki w zwartym zroście, pokrytej prawidłowym nabłonkiem. R. uzyskiwał to, przekłuwając zrost drutem, który jako pętlę zostawiał tak długo, aż kanał się obgoił. Potem można już resztę zrostu rozciąć bez obawy ponownego zrośnięcia. Metodę tę stosowaną pierwotnie w syndaktylji, przeniesiono później na zrosty wejścia do nosa. Autor metodę tę zmodyfikował w bardzo ważnych szczegółach, mając dla modyfikacji tej wzór w postępowaniu Felizeta przy syndyktyliach. Ułatwieniem jest tu fakt, że omawiane zrosty nosowe niemal nigdy nie są kompletne. Mianowicie od przodu istnieje zwykle mała zepitelizowana przetoczka, prowadząca od zewnątrz do przedsionka nosa. Autor preparuje podłużny płat skórny ze szczytem w tem właśnie miejscu a z podstawą (szypułą) od tyłu, potem wycina części miękkie wgłąb do przedsionka nosa na wylot, przeprowadza przez szczyt płata skórnego podwójną nitkę o równych końcach, przechodzi potem Deszampem (igłą Reverdina) z poza rany po przez skórę ku wytworzonej szczelinie, przeprowadza obie nitki Deszampem ku tyłowi, przeciąga w ten sposób cały płat ku tyłowi i tam zawiązuje obie nitki na kawałku drenu gumowego. Samoistny proces epitelizacji rany, połączony z następowem rozszerzaniem prowadzi do b. dobrego i stałego wyniku.

Dr. A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY OCZU

Nowe studja o powikłaniach przedoperacyjnych oczu dotkniętych zaćmą w Egipcie. Uwagi ogólne i wskazówki praktyczne. H. Peretz.

Ann. d'Ocul. 1930, str. 713-720.

Dawniejsze porównania częstotliwości operacji zaćmy w Europie a w Egipcie do pewnego stopnia przemawiałyby za tem, że zaćma w Egipcie operowana jest co najmniej trzy razy rzadziej. Jednak warunki ogólne są tu różne — dość jeśli stwierdzimy, że 30% osób 45-letnich korzysta już tylko z jednego oka i nieraz wogóle trudno powiedzieć, czy pod znacznem bielmem jest soczewka przejrzysta, czy zaćmiona. Poza tem wielu chorych na oczy nie leczy się w szpitalach europejskich. Stąd też zasadniczo odsetek przypadków zaćmy jest w Egipcie zapewne ten sam, co i w Europie. Jednak trudności i powikłania przedoperacyjne są tu dużo częstsze i zdarzają się prawie w 90% przypadków. Są to przedewszystkiem przewlekłe i uporczywe zapalenia spojówki, ich powikłania i następstwa, jak zapalenia woreczka łzowego, podwinięcia rzęs, powiekozrosty i t. p. Szczególnie często spotykamy tu nacieki spojówki i podspojówki w następstwie jaglicy. Zalecając wyciski i wyskrobywania w jaglicy, słusznie ostrzega autor przed wycinaniem tarczki, powodującem znaczne zniekształcenie powiek i utrudniającem potem zabieg. Poza tem ciężkie bardzo następstwa — zakażenia pooperacyjne dać mogą uporczywe zapalenia spojówek i krawędzi powiek niedostatecznie leczone. W podobnych przypadkach zaleca autor możliwie wczesne leczenie bezopaskowe. Za jedyny środek uprzedzenia zakażenia pooperacyjnego w przypadkach niedrożności kanału nosowołzowego uważa autor wyłuszczenie woreczka łzowego i wydobycie zaćmy dopiero po paru miesiącach.

Również za niepożądane powikłania uważa podwinięcie rzęs i zbliznowacenie worka spojówkowego. I tu znów nieraz dopiero po odpowiednim zabiegu przystąpić można do operacji wydobycia zaćmy. Operację zaćmy dokonywa autor przeważnie z wycięciem tęczówki — uważając tę operację za

mniej ryzykowną i za uprzedzającą w wielu przypadkach jaskrę, w Egipcie stanowiącą 35% wśród dorosłych. Wobec częstości powikłania zaćmy jaskrą, autor uważa, że nie należy tam zbytnio odkładać zabiegu i operować zaćmę możliwie wcześnie. Wyniki operacji wydobycia zaćmy są nieraz gorsze i w następstwie jaskry i wskutek zmętnień rogówki, tak częstych w Egipcie.

Wreszcie do częstych cierpień oczu należy tu wysoka krótkowzroczność z powikłaniami. I tu operacja wydobycia zaćmy jest nieraz trudna i wymaga specjalnych ostrożności, podobnie jak w przypadkach zmian w siatkówce i naczyniówce, pomimo których autor nieraz dokonywa zabiegu z pożytkiem. Czas lata kiedy upał tu dochodzi 37° do 40° jest mniej odpowiedni do operacji niż okres chłodniejszy roku.

Zapalenie miąższowe rogówki gruźlicze. V. V e j d o v s k y.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 720-732.

Autor odróżnia dwa typy gruźliczego miąższowego zapalenia rogówki: 1) typ pochodzący z zakażenia zewnętrznego przez nabłonek i warstwy powierzchowne rogówki i 2) typ pochodzący z ustroju, a mianowicie z tkanek ustroju uprzednio zakażonych. Częstsze są schorzenia drugiego typu, gdzie ognisko pierwotne znajduje się zwykle w jakimś odległym od oka narządzie. Wogóle obecnie opieramy się w ustalaniu etjologji na odczynie Wassermanna, lub też na odczynie na tuberkulinę. Pamiętamy jednak, że pomimo ujemnego odczynu Wassermanna może być etjologja kiłowa. Prócz tego nawet dobry wynik tuberkulinoterapji może nie dowodzić gruźliczego pochodzenia choroby rogówki, gdyż leczenie to może działać, jak proteinoterapja. Wreszcie, jest też możebne, że w zapaleniu miąższowem rogówki mamy do czynienia z infekcją mieszaną gruźliczo-kiłową.

Miąższowem gruźliczem zapaleniem rogówki dotknięte zwykle bywa tylko jedno oko — przytem może to być postać ograniczonego nacieku guzkowatego (keratitis circumscripta), albo też nacieku rozlanego obłoczkowatego (keratitis diffusa). Spotykają się też postaci mieszane. Guzki znajdują się i w więcej powierzchownych i w głębszych częściach rogówki, otoczone lekko rozlanem zmętnieniem; są one z początku szarawe, potem w parę dni, lub tygodni szarożółtawe, a potem znów wydatnie szare. Po zastosowaniu śródskórnem 0,5 mgr. starej tuberkuliny obserwował autor powstanie nowego guzka gruźliczego w typowem gruźliczem miąższowem zapaleniu rogówki.

Badanie biomikroskopowe pozwala na wyróżnicowanie zmian i stwierdzenie, że do zserowacenia zwykle w tych przypadkach nie dochodzi. Wyjątkowo tylko spotykał autor uszkodzenie nabłonka rogówki ponad większym guzkowatym naciekiem w rogówce.

Dla gruźliczego miąższowego zapalenia rogówki charakterystyczne są grube pnie naczyń, rozgałęzione drzewkowato. Ilość tych pni rzadko przekracza liczbę dziesięć. Gałązki te naczyniowe, wnikając do nacieku wytwarzają kłębuszki naczyniowe. Po wchłonięciu się nacieku charakterystyczne drzewiaste unaczynienie zwykle pozostaje. Zresztą, obok tych charakterystycznych naczyń w rogówce istnieją jeszcze często bliżej rąbka naczynia pędzelkowate drobne, nie dochodzące zwykle środkowych części rogówki. Podaje autor jako przykład opis przypadku gruźliczego zapalenia miąższowego rogówki lewego oka u 19-letniej panny, która cztery lata temu cierpiała na pleuritis exsudativa. Leczenie tuberkulinowe dało tu wydatną poprawę. Autor cytuje też pracę Deyta (1922), który też naczynia drzewiaste uważał za charakterystyczne dla miąższowego gruźliczego zapalenia rogówki.

Pionowe cięcie rogówki nożyczkami w operacji wydobycia zaćmy starczej. J u n è s E.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 732-744.

Cięcie rogówki od strony skroniowej w rąbku zapomocą nożyka trójkątnego, dopełnione cięciami nożyczek uważa autor za najprostsze i najbezpieczniejsze w operacji wydobycia zaćmy.

Kurzoślep utajony. L a g r a n g e H.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 744-761.

Obok kurzoślepu typowego, jako wyniku awitaminozy, znanego oddawna, istnieje jeszcze cały szereg przypadków upośledzenia widzenia w nocy, spowodowanego zmęczeniem, wadami wzroku, w szczególności krótkowzrocznością, wykluczeniem z aktu widzenia jednego oka, zwężeniem źrenic, zżółknięciem soczewki u osób starszych, olśnieniem siatkówki oraz zaburzeniami nerwowemi i psychicznemi. Wszystkie te czynniki należy wziąść przedewszystkiem pod uwagę nim kurzoślep przypiszemy udawaniu lub histerji.

Nowy sposób operacji skrzydlika. G o m e z-M a r q u e z J.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 762-768.

Autor wycina skrzydlik wraz z fałdą spojówki, przylegającą do rąbka, a brak wypełnia płatkiem spojówki gałki, wyciętym z drugiego oka i wszytym starannie kilku szwami.

Torbiel rogówki. G a l l e m a e r t s.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 893-895.

Autor opisuje przypadek torbieli o średnicy 0.8 — 0.6 mm. w rąbku rogówki na godzinie IV, spotkanej u mężczyzny 52-letniego na oku prawem. Torbiel istniała bez zmiany w ciągu 4 miesięcy, powodowała niewielkie zadrażnienie oka i w ścianie miała szereg drobniutkich biało-szarych ziarenek. Znajdowała się ona na błonie Bowmana, tuż pod nabłonkiem. Znikła w następstwie próby przekłucia.

Plastyka powiek zapomocą płata szypulastego z szyi zwiniętego w rurkę. D u p u y - D u t e m p s L.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 895-907.

Przypadek rozległego zniszczenia skóry twarzy i powiek naskutek oparzenia w wypadku lotniczym, dotyczący 28-letniego mężczyzny był operowany przeszczepieniem płata szypulastego, wziętego z okolicy ponad mięśniem sutkomostkowym prawym. Płat był z początku zeszyty w rurkę, według sposobu, opisanego w 1922 r. przez Fiłatowa. Przeniesienie i przeszczepienie stopniowe płata

na okolicę dolnych powiek, oraz grzbietu nosa — pozwoliło pokryć najpierw ubytek w okolicy dolnej powieki prawego oka i bocznej ściany nosa.

W wyniku ostatecznym po roku leczenia oczy otrzymały osłonę powiek, a poprawienie wyglądu zewnętrznego twarzy chorego autor ma nadzieję uzyskać drogą szeregu wycięć zbyt grubych płatów przeszczepionej skóry. Pokrycie powiek górnych otrzymał autor drogą przeszczepienia wolnych płatów skóry z biodra.

Uwagi o prątkach Moraxa i Petita. D. Chiazzaro.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 907-918.

Wbrew poglądom niektórych autorów (np. Treacher Collins), uważających, że między pomienionymi drobnoustrajami jest tylko niewielka różnica, Chiazzaro, podobnie, jak dawniej Chaîne i Scarlett na zasadzie szeregu obserwacji przychodzi do wniosku, że są to zupełnie różne drobnoustroje. Różnica polega i na stosunku ich do chorób narządu wzroku człowieka, gdzie dwuprątek Moraxa wywołuje nieżyt kątowy, a dwuprątek Petita zapalenie powierzchowne i ograniczone rogówki, czasem z ropą w komórce przedniej, lub też można go spotkać na zupełnie zdrowych spojówkach.

Dalej opisuje autor własności obu prątków i podkreśla, że nietylko między nimi jest znaczna różnica, ale wręcz próby aglutynacyjne z jednej strony są dodatnie z surowicami, odpowiadającemi każdemu z gatunków i ujemne, jeśli np. na zawiesinę prątków Moraxa zadziałać surowicą przeciw prątkom Petita, gdy tymczasem ta sama surowica na prątki Petita działa nawet w rozcieńczeniu 1 : 1000.

Dowodzi to wydatnej różnicy między obu prątkami. Że są to różne prątki potwierdzają i obrazy kliniczne różne przez nie powodowane.

Wysiękowe zapalenie siatkówki bez zmian w naczyniach. Kalt M.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 919-934.

W oku kobiety 73-letniej, wyłuszczonem z powodu pooperacyjnego zapalenia tęczówki, w tylnym odcinku tarczy n. wzrokowego na siatkówce, po pogrążeniu tego odcinka do płynu formalinopikrynowego stwierdził autor nieoczekiwanie zapalenie siatkówki. Zmiany polegały na szeregu jamistości, wypełnionych ściętym płynem białkowym. Jamistości te stwierdził autor w warstwie ziarnistej wewnętrznej oraz w warstwie splotowatej. Warstwa pręcików i czopków była wskutek tego w wielu miejscach pofałdowana; pozostałe warstwy siatkówki były prawidłowe. W naczyniach krwionośnych siatkówki zmian nie stwierdzono. Badanie płynu, zawartego w jamistościach nie wykazało włóknika, badanie całej siatkówki też nie wykazało ognisk stłuszczenia.

Autor podkreśla fakt, że w danym przypadku naczynia krwionośne były prawidłowe, podobnie jak w chorobie Quincke, oraz w niektórych chorobach wysypkowych. Wysiękowe ogniska mogą być tu wywołane porażeniem naczynioruchowem na tle toksycznem.

Prócz tego podaje autor 4 przypadki przewlekłego zapalenia siatkówki w okolicy plamkowej bez żadnych objawów niedomogi ze strony nerek i przychodzi do wniosków: 1) Tak zwane zapalenie białkomoczowe siatkówki należałoby raczej nazwać zapaleniem wysiękowem. 2) Postać ostra tego zapalenia spotyka się w przypadkach ciężkich białkomoczu, oraz w przypadkach rzucawki porodowej; postać ta wyraża się znacznym obrzękiem tarczy n. wzrokowego i włóknikowym wysiękiem w okolicy tarczy z obecnością barwika i lipoidów, oraz zwyrodnieniem zwojowatem warstwy włókien n. wzrokowego. 3) W postaci przewlekłej zapalenia wysiękowego nieraz zupełnie brak i białkomoczu i wzmożonego napięcia krwi i zatrzymania we krwi mocznika. W tej postaci częściej spotykamy zmiany w naczyniach krwionośnych, jednak zmiany te są zwykle wtórne, a przyczyna wysięków jest niejasna. Być może, że chodzi tu o płyn toksyczny, zawarty w płynie opon mózgowych, co objaśnia do pewnego stopnia objawy mózgowe i tarczy zastoinowej.

Niezborność pęczka załamanego przez kuliste środowiska optyczne. Marcel Dufour.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 993-997.

Przytaczając znane równanie Sturma, autor podaje sposób Lissajous'a, bardzo prosty, oceny niezborności obwodu soczewek kulistych.

Drogą wyliczeń elementarnych otrzymuje autor proste formuły, przedstawiające niezborność, zależnie od promienia krzywizn soczewki, oddalenia od osi głównej soczewki i spółczynnika jej załamania.

Aberacja kulistego środowiska optycznego — stosunek między tą aberacją a niezbornością. Marcel Dufour.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 998-1001.

Zapomocą geometrji analitycznej dowodzi autor, że aberacja kulistego środowiska optycznego równa się połowie wartości niezborności dla promienia obwodowego. Dowodzenie to wyprowadza autor sposobem elementarnym.

Jednoczesne badanie napięcia śródocznego i napięcia w płynie rdzeniomózgowym. E. Marx.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 1001-1016.

Po przedstawieniu zasadniczych teorji, dotyczących pochodzenia cieczy wodnistej i płynu rdzeniomózgowego, zatrzymuje się autor na pochodzeniu tych płynów z krwi. O ile płyny te mają być dializatem krwi i zawierają tylko od 0,01 do 0,02% białka, to jednak ciecz wodnista zawiera więcej cukru, niż płyn rdzeniomózgowy. Autor zainteresował się sprawą jak reagują na różne wpływy oba te płyny, pomimo tego, że następstwa zmian w tych płynach mogą być różne, choćby dlatego, że oko, jako narząd zawiera dużo włókien mięśniowych gładkich, czego nie można powiedzieć o jamach, zawierających płyn rdzeniomózgowy. Chodziło więc autorowi: 1) O zmiany, jakie powstają w cieczy wodnistej i w płynie po zastrzykach śródżylnych różnych środków. Doświadczenia robione były na królikach i na kotach; koty wogóle są znacznie wytrzymalsze na narkozę eterową i stąd odpowiedniejsze do tych doświadczeń. Badania napięcia w oku i w płynie rdzeniomózgowym robił

autor zapomocą manometru Rochat. Napięcie płynu rdzeniomózgowego badał autor po obnażeniu membrana atlanto-occipitale.

Dla płynu rdzeniomózgowego za prawidłowe uważa się napięcie 20 mm. wody, dla oka, 25 mm. Hg.

Zastrzyk królikom do 40 ccm. rozczynu izotonicznego — w ilościach mniejszych do żył ucha przechodził bez zmian, albo też dawał niewielkie wzmożenia napięcia śródocznego — potem zupełnie ustępujące. Zastrzyki hypertoniczne od 10—20% wywoływały obniżenie napięcia w obu układach, zresztą różne do 10 mm. wody w płynie rdzenio-mózgowym i do 12 mm. Hg. w oku, zresztą zależnie od szybkości zastrzyku. Zastrzyki hipotoniczne powodowały wzmożenie napięcia w obu układach — potem z wolnym powrotem do normy. Zresztą zmiany w obu układach były różnego nasilenia, zawsze jednak równoległe. Pewne dane wskazywałyby też, że istnieje pewna zależność między napięciem śródocznem, a napięciem w żyłach mózgu.

W. H. M.

KRONIKA

Kurs Ogólnodokształcający dla lekarzy-praktyków odbędzie się zwyczajem lat ubiegłych przy Wydziale Lekarskim U. W. od dnia 15.III. do dnia 28.III. 1931 r.

Na kurs złożą się zajęcia praktyczne oraz wykłady, poruszające najżywotniejsze sprawy w dziedzinie rozpoznawania i leczenia wraz z internatem w Klinice Położniczo-Ginekologicznej U. W.

Przewodniczącym Kursu został wybrany prof. dr. med. *W. Szenajch.*

Opłata za udział w kursie wynosi 75 zł., dla asystentów i hospitantów Klinik i oddziałów szpitali miejskich m. st. Warszawy 30 zł.

Nadto wszystkim uczestnikom kursu na żądanie będą zapewnione mieszkania po cenie zniżkowej, zniżki kolejowe w drodze powrotnej oraz będą wydane zaświadczenia z odbycia Kursu.

Zgłoszenia do udziału w Kursie oraz w sprawach informacyjnych należy skierowywać się do sekretarza dr. Romana Pereta, II Klinika Chorób Wewnętrznych U. W., ul. Nowogrodzka 59 do dnia 1 marca 1931 roku.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie poronne ropni przymigdałkowych zapomocą bakterjofaga.

Zapomocą zwykłej igły wstrzykuje się w okolicę podniebienia miękkiego, w odległości 1 — 2 cm od ogniska zapalnego, 2 cm³ bakterjofaga przeciwgronkowcowego. Po kilku sekundach zjawia się silny ból w miejscu wstrzyknięcia, który w ciągu 5—10 minut ustępuje całkowicie. Bezpośrednio potem wstrzykuje się choremu w mięśnie pośladka 10 cm³ jego własnej krwi, wziętej z żyły (ma to na celu zniszczenie istniejących ewentualnie w ustroju antibakterjofagów).

Już w dwie godziny po zastosowaniu tego leczenia ból gardła ustępuje, szczękościsk zmniejsza się, chory zaczyna łykać. Po 12 godzinach obrzmienie w gardle znika, gorączka spada. Po 24 godzinach chorego można uważać w ogromnej większości przypadków za wyleczonego.

W razie potrzeby można powtórzyć wstrzyknięcie bakterjofaga (z następowem powtórnem wstrzyknięciem własnej krwi), jednak nie wcześniej, jako po upływie 24 godzin.

W 90% wczesnych ropni przymigdałkowych otrzymuje się wyleczenie zupełne i natychmiastowe (na 300 przypadków). *Halphen i Djiropoulos — La Presse Méd. № 6, 1931).*

Cz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

w KILE, DURACH i ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

WODNY ROZTWÓR

JODO - BIZMUTANU - CHININY

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni

„Q U I N B Y"

JODO - BIZMUTAN - CHININY

W ZAWIESINIE OLEISTEJ.

RHEANTINE

LUMIÈRE

Przeciwgonokokowa,



doustna szczepionka wielowartościowa w pigułkach,

uzupełniona szczepami pobranymi w Polsce

WSKAZANIA:

Rzeżączka i wszelkie jej powikłania

Leczenie przyczynowe, swoiste absolutnie pewne i dogodne

DAWKOWANIE: 4 pigułki dziennie: 2 rano i 2 wieczorem, na godzinę przed jedzeniem.

Flakon zawiera 32 pigułki kieratynowane.

Skład główny L NASIEROWSKI, Warszawa, ul. Kaliska 9, tel 724-39, 630-42

CRYPTARGOL
LUMIÈRE

SOL SREBROWA SIARCZAN DOWEGO TIOGLICERYDU

OVULES SOLUTION

Do użytku zewnętrznego

Idealny pod każdym względem przetwór srebrowy do użytku w GINEKOLOGJI, UROLOGJI, WENEROLOGJI I CHIRURGJI.

ZALETY:

Wyjątkowo silne działanie **bakterjobójcze** (35% Ag). Wybitne działanie **kieratoplastyczne i zmniejszające przekrwienie. Nie wywołuje podrażnienia** błon śluzowych i skóry. **Nie psuje się** pod wpływem powietrza i światła. **Nie plami** skóry, ani bielizny.

A) **CRYPTARGOL OVULES,** gałki dopochwowe z ustalonej gliceryny (0,25 cryptargol'u w jednej gałce). Działanie wybitnie przeciwgnilne, przeciwzapalne i kieratoplastyczne; nie plamią ani skóry, ani bielizny.

WSKAZANIA:

Nadżerki pochwy, szyjki macicy. Zapalenia macicy, jajowodów, jajników. Owrzodzenia (gruźlica) Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTION** stężony rozczyn do przemywań.

WSKAZANIA:

1. Do **przemywań pochwy** rozczyn 1:1000 do 5:1000
2. Do **przemywań pęcherza** rozczyn 1:1000 do 5:1000 w ilości 500 ccm. do 1000 ccm.,
3. w **ostrych zapaleniach pęcherza** moczowego (wkraplanie 20 — 30 kropel rozczynu 1:100),
4. W **leczeniu rzeżączkowego zapalenia** cewki moczowej:
   a) w zapaleniu tylnej części—przemywania rozczynem 1:1000 do 5:1000,
   b) w zapaleniu części przedniej: 2—3 razy dziennie po 3 przestrzykiwania rozczynem 1:100 do 5:100 pierwsze przy otwartej cewce moczowej, drugie i trzecie należy przetrzymać przez 5 minut,
5. Do przemywania ran owrzodzeń w **CHIRURGJI, DERMATOLOGJI** rozczyn 1:1000 do 5:1000.

Skład główny L. Nasierowski Kaliska 9, Warszawa

ANTIPYRETICUM
ANALGETICUM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań

NAJPEWNIEJSZE, a NAJŁAGODNIEJSZE DZIAŁANIE



przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE: *DOROŚLI*: 1,0 — 2,5 grm. „*pro die*".
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH (WIĘKSZYCH) 2,0 –3,0 „*pro die*"

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p.).

Postaci:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** á 0,50 grm. / **Cryogénine** „ 0,25 „
W rurce 10 tabletek

Cachets { **Cryogénine** á 0,50 grm. / **Cryogénine** „ 0,25 „
W rurce 10 opłatków



Skład główny L. NASIEROWSKI, Kaliska 9.

OD REDAKCJI.

KONKURS
„WIEDZY LEKARSKIEJ"

Zgodnie z warunkami ogłoszonego w roku zeszłym konkursu „Wiedzy Lekarskiej" podajemy obecnie opinję Sądu Konkursowego.

Sąd Konkursowy pod przewodnictwem P. Prof. W. Orłowskiego po zaznajomieniu się z dość licznie nadesłanemi pracami postanowił: pierwszej nagrody żadnej z nich nie udzielać, natomiast w myśl p. 7 całą sumę nagród podzielić na 5 równych części i przyznać autorowi pracy najbardziej się wyróżniającej dwie części, czyli zł. 1600, a innym trzem po zł. 800. W ten sposób nagrody uzyskują:

1600 zł. Autor pracy p. t. Zagięcie końcowego odcinka kątnicy. Godło „Zagięcie"

800 zł. Przestrojenie jako metoda leczenia choroby Basedowa. Godło ‚Spiritus fiat"

800 zł. O indywidualizacji w przewlekłej gruźlicy płuc. Godło „Alfa"

800 zł. Odczyn Kahna na kiłę. Godło „Wilnianin"

Po otwarciu kopert z godłami okazało się, że nagrody otrzymują:

P. Dr. Władysław Ostrowski, Warszawa.
P. Dr. Stanisław Higier, Warszawa.
P. Dr. Michał Bloch, Otwock.
P. Dr. Gdala Gelman, Wilno.

Nagrodzeni autorzy proszeni są o porozumienie się osobiste lub piśmienne z Administracją pisma celem podjęcia nagród.

Ponadto Sąd Konkursowy zakwalifikował do druku na warunkach zwyczajnych prace:

Objawy kliniczne i leczenie stanów oksalemicznych. Godło „Excelsior".

O leczeniu zapaleń płuc u dzieci. Godło „Praktyk".

Niezależnie od tego Redakcja zgodnie z p. 5. kwalifikuje do druku pracę: Przekwitanie u kobiet. Godło „Polonia restituta".

Autorzy wyżej wymienionych nienagrodzonych prac są proszeni o niezwłoczne zawiadomienie Redakcji, czy zgadzają się na wydrukowanie swych prac na warunkach zwykłych i na poczynienie w razie potrzeby przez Redakcję odpowiednich skrótów i zmian.

Prace nienagrodzone i niezakwalifikowane do druku są do odebrania w Administracji.

Redakcja Wiedzy Lekarskiej poczuwa się do miłego obowiązku złożenia na ręce Pana Profesora Witolda Orłowskiego — serdecznego podziękowania członkom Sądu za trudy poniesione w związku z konkursem.

Jednocześnie ogłaszamy następny, trzeci z rzędu Konkurs Wiedzy Lekarskiej.

WARUNKI KONKURSU:

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy", z wyjątkiem stałych współpracowników pisma.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach. uwzględniejąca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy". Na konkurs mają być nadesłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w trzech egzemplarzach do Administracji „Wiedzy", najpóźniej do dnia 31 grudnia 1931 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1932 „Wiedzy". Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy", w ciągu roku 1932.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda główna wynosi 3000 zł., oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł. i dwie po 250 zł.

7. W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody głównej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo, albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagrody wymienionej na mniejsze części.